

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 328

**LA PERTE DE L'AUTONOMIE ET L'ETAT
GRABATAIRE CHEZ LA PERSONNE AGEE**

**Etude de la population du Service
de Médecine-Femmes de l'Hôpital-Hospice
de TREVoux de 1965 à 1976**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Joseph IRACANE

né le 7 Septembre 1950

à FERRYVILLE (Tunisie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545306_0013

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N°

**LA PERTE DE L'AUTONOMIE ET L'ETAT
GRABATAIRE CHEZ LA PERSONNE AGEE**

**Etude de la population du Service
de Médecine-Femmes de l'Hôpital-Hospice
de TREVOUX de 1965 à 1976**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Joseph IRACANE

né le 7 Septembre 1950

à FERRYVILLE (Tunisie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON
- MEDICINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N°

LA PERTE DE L'AUTONOMIE ET L'ETAT GRABATAIRE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Etude de la population du Service
de Médecine-Femmes de l'Hôpital-Hospice
de TREVoux de 1952 à 1976



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Joseph IRACANE

né le 7 Septembre 1930

à FERRYVILLE (Tunisie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)
TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)
SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON
SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur:: Monsieur le Docteur R. VINCENT
INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET
Directeur : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET
PHYSIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU
CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET
SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET
SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE
INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUYET
INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)
OBSERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)
PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW
MECANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse

Président : Monsieur le Professeur J.J. VIALA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé H. DEJOUR
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Professeur Agrégé M. TRILLET
Monsieur le Docteur P. CHAPUY

A

E L I A N E

et

S A N D R A

A MES PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A MA FAMILLE ET A MES PROCHES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.J. VIALA

QUI NOUS A FAIT L'HONNEUR DE PRESIDER

LE JURY DE NOTRE THESE.

NOUS L'EN REMERCIONS SINCEREMENT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ H. DEJOUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. VEDRINNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ M. TRILLET

QUI NOUS ONT FAIT L'HONNEUR DE S'INTERESSER A NOTRE TRAVAIL

ET DE LE JUGER.

NOUS LES EN REMERCIONS SINCEREMENT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. CHAPUY

INSPIRATEUR DE CE TRAVAIL, IL NOUS A ACCUEILLIS AVEC
LA PLUS GRANDE BIENVEILLANCE.

AU COURS DE NOTRE SEMESTRE PASSE DANS SON SERVICE

IL A SU NOUS FAIRE PARTAGER SON INTERET POUR

LES PERSONNES AGEES.

NOUS L'EN REMERCIONS VIVEMENT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BROCHIER

MEDECIN CHEF DU SERVICE MEDECINE FEMMES DE L'HOPITAL DE TREVoux.

IL A PERMIS LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

NOUS AVONS EU LA SATISFACTION D'ETRE A SES COTES

DURANT DEUX ANNEES.

NOUS L'EN REMERCIONS PROFONDEMENT.

A L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DU SERVICE

MEDECINE-FEMMES POUR SA COLLABORATION.

I N T R O D U C T I O N

Le nombre de personnes âgées dépendantes est sans cesse croissant. Il est sensible dans certains établissements hospitaliers, hospices et maison de retraites.

Ceci est-il dû au vieillissement de la population, aux "progrès" de la médecine ou à l'incapacité d'assurer des moyens de réadaptation ?

Quelle est la part de chacun de ces facteurs ?

Comment ces établissements peuvent-ils faire face à ces besoins ? Les problèmes économiques sont certes majeurs, mais la carence et la négligence n'aggravent-elles pas une situation déjà préoccupante ?

Le but de cette étude sera donc la perte de l'autonomie chez la personne âgée, qu'elle soit physique, psychique ou totale.

Elle sera traitée de la façon suivante :

I - Rappel de démographie.

II - Etude de la population du service de Médecine-Femmes de l'Hôpital-Hospice de TREVOUX, et son évolution sur une période de II ans.

III- Etude actuelle, cas par cas, de 80 malades sortis.

IV - La personne âgée grabataire et son entourage : social - familial - médical et paramédical.

V - Conclusions.

I- ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE

I°) DEFINITIONS

PERSONNES AGEES ET GRANDS VIEILLARDS:

Tout en reconnaissant le caractère arbitraire de toute schématisation, il est classique de parler de personnes âgées après 65 ans et de grands vieillards après 80 ans.

Cependant dans notre étude seront considérées comme âgées les personnes de plus de 60 ans.

2°) DEMOGRAPHIE

A. LA POPULATION AGEE

La baisse de la natalité depuis plus d'un siècle a entraîné le vieillissement de la population française, qui ne cesse, encore à l'heure actuelle, de se poursuivre: en 1975 environ 9,5 millions de plus de 60 ans (18% de la population) et 1,3 millions de plus de 80 ans.

ANNEES AGE	1967			1975		
	Nombre	%		Nombre	%	
		Pop. Totale	Pop. +60 ans		Pop. Totale	Pop. +60 ans
60 à 69 ans	4859,1	9,8%	55,6%	4958,9	9,4%	51,5%
70 à 79 ans	2789,5	5,6%	31,9%	3362,8	6,3%	34,9%
80 à 89 ans	988,7	2 %	11,3%	1164	2,2%	12,1%
PLUS DE 90 ans	93,7	0,18%	1 %	130,6	0,24%	1,3%
<u>PLUS DE 80 ans</u>	<u>1082,5</u>			<u>1294,6</u> *		

Source: I.N.S.E.E.

TABEAU I: La population âgée.

(effectifs en milliers)

* Prévisions 1990: 1959,2

B. LA POPULATION DES PERSONNES AGEES GRABATAIRES

On ne connaît pas le nombre, même approximatif, des grabataires âgés en France. Si l'on peut estimer la population hébergée (hopitaux - hospices - maisons de retraite), le recensement des personnes invalides à domicile est inexistant.

Certains estiment entre 10 et 25% de personnes grabataires chez les plus de 80 ans, ce qui ferait de 130 000 à 300 000 en 1975.

Il faut mentionner à ce propos, les différents travaux de recherches effectués depuis une dizaine d'années en France, et notamment:

- Le Colloque sur les personnes âgées grabataires en 1973 et le premier symposium national sur le 4ème âge en 1975, qui ont précisé l'état actuel de l'hébergement des personnes âgées, et plus particulièrement des grabataires (72 000 lits environ). Le programme qui avait été arrêté par le rapport intergroupe du VI^e Plan concernant les problèmes relatifs aux personnes âgées devait porter à 80 900 le nombre de lits d'invalides au cours de ce plan.

- Par ailleurs il faut mentionner les travaux de la Société de Gérontologie de Bordeaux et du Sud-Ouest en vue d'une évaluation du nombre de dépendants totaux par une méthode de sondage menée par l'Institut d'Etudes Démographiques de l'Université de Bordeaux.

Au terme de ce bref rappel démographique qui met en évidence l'acuité des problèmes quantitatifs d'hébergement, il faut s'attarder également aux aspects qualitatifs: Il ne suffit pas d'ajouter des lits pour pouvoir "caser" le nombre de grabataires existants, sans améliorer et "humaniser", d'une part, l'hébergement vétuste où se trouvent le plus souvent ces personnes, et sans introduire, d'autre part, dans ce genre d'établissement, dont il sera question ultérieurement, les structures et les moyens nécessaires.

Car au nombre de personnes grabataires existant, viennent s'ajouter ceux que l'on crée par manque de soins adéquats.

II- ETUDE DE LA POPULATION DU SERVICE DE MEDECINE FEMMES

DE L'HOPITAL-HOSPICE DE TREVoux

DE 1965 A 1976

I°- LIEU ET MATERIEL D'ETUDE.

A- L'HOPITAL

L'Hôpital-Hospice Montpensier de Trévoux comprend 226 lits répartis de la façon suivante:

- 118 lits d'hospice.
- 108 lits de Médecine divisés en deux services:
 - ÷ Médecine-Hommes : 49 lits.
 - = Médecine-Femmes : 45 lits.

14 lits supplémentaires, depuis Septembre 1975, pris sur la maternité, ont été partagés entre les deux services de Médecine. Il s'agit de locaux neufs avec chambres particulières, indépendants des services de Médecine vétustes, composés de deux immenses salles boxées depuis sept ans (anciennes salles communes). Ceci explique, comme on le verra, certaines variations de la population, car ce service plus accueillant, reçoit des personnes plus jeunes et valides.

Les deux services de Médecine sont indépendants et dirigés chacun par un Chef de Service, temps partiel.

Depuis Octobre 1974, deux stagiaires internés, faisant fonction d'Interne travaillent à temps complet.

B- LE MATERIEL D'ETUDE

Nous avons étudié les entrées dans le service de Médecine-Femmes, sur une période de 11 ans de 1965 à 1976.

Pour des raisons pratiques, notre étude a porté sur 8 années témoins, (1965-1966-1969-1970-1973-1974-1975-1976).

2612 dossiers ont été examinés. Ils ne représentent pas le nombre d'entrées effectives, en raison du classement numérique et de la séparation de certains dossiers qui suivent les malades à l'hospice.

Ainsi le nombre de dossiers retenus par années est le suivant :

(le deuxième chiffre est celui du nombre d'entrées effectives)

1965 : 360 (422)	1973 : 283 (365)
1966 : 380 (424)	1974 : 258 (289)
1969 : 364 (401)	1975 : 286 (314)
1970 : 328 (356)	1976 : 353 (407)

2°- EXPLOITATION DES DONNEES - COMMENTAIRES.

A- L'AGE

La moyenne d'âge et la répartition par tranches

d'âge de 10 ans est la suivante :

Age Années	Moyenne d'age	Moins de 50 ans	50 à 59ans	60 à 69ans	70 à 79ans	80 à 89ans	Plus de 90 ans
1965	74,2	10 (3%)	21 (6%)	60 (17%)	158 (44%)	102 (28%)	9 (2%)
1966	73,6	16 (4%)	29 (8%)	70 (18%)	145 (38%)	112 (30%)	8 (2%)
1969	74,1	18 (5%)	13 (3%)	59 (16%)	152 (42%)	116 (32%)	6 (2%)
1970	75,4	12 (4%)	11 (3%)	51 (16%)	127 (39%)	116 (35%)	11 (3%)
1973	75,9	8 (3%)	12 (4%)	29 (10%)	108 (38%)	110 (39%)	16 (6%)
1974	76,4	12 (5%)	6 (2%)	26 (10%)	103 (40%)	97 (38%)	14 (5%)
1975	76,6	10 (3%)	7 (2%)	31 (11%)	104 (36%)	115 (41%)	19 (7%)
1976	75,9	20 (6%)	9 (2%)	44 (12%)	119 (34%)	144 (41%)	17 (5%)

On constate donc :

- Une augmentation de la moyenne d'âge de 2 ans environ.
- L'importance des classes 70 et 80 ans : 80 % des femmes ont plus de 70 ans.
- Une augmentation sensible des classes 80 (+ 13%) et des plus de 90 ans (+5%).
- Un peu plus de personnes de moins de 50 ans en 1976 (ouverture du nouveau service...à l'écart des grabataires). (Tableau I)

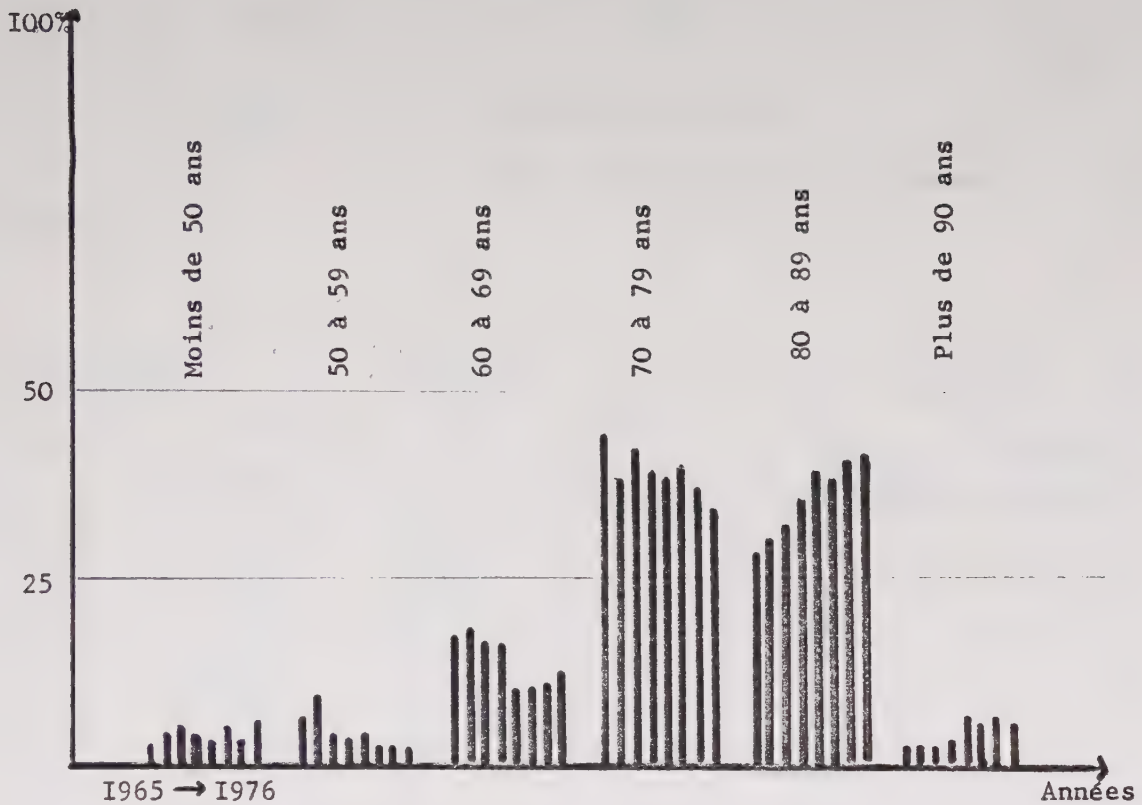


TABLEAU I: Proportions et évolution des CLASSES D'AGE.

(Comme pour tous les tableaux qui suivront, les 8 colonnes représentent les 8 années concernées, sachant qu'entre les 2ème et 3ème d'une part et les 4ème et 5ème colonnes d'autre part, il existe un écart de 2 ans correspondant aux années 1967/1968 et 1971/1972 qui n'ont pas été étudiées).

B- LA PROVENANCE

+ Les malades sont classés en 3 groupes suivant qu'ils viennent:

- directement de leur domicile
- d'un hopital ,d'un centre de rééducation, ou d'une maison de convalescence.
- d'un hospice ou d'une maison de retraite .

+ La répartition suivant la provenance est la suivante:

Provenance Années	DOMICILE		HOPITAL		HOSPICE ou MAISON DE RETRAITE	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
I965	52	14,5%	306	85 %	2	0,5%
I966	87	23 %	287	75,5%	6	1,5%
I969	97	27 %	255	70 %	12	3 %
I970	78	24 %	233	71 %	17	5 %
I973	74	26 %	189	67 %	20	7 %
I974	74	29 %	169	65 %	15	6 %
I975	87	31 %	179	63 %	20	7 %
I976	75	21 %	263	75 %	15	4 %

+ On constate donc que:

-Les personnes venant directement de leur domicile sont de plus en plus nombreuses (14 à 31% de 1965 à 1975).

-Les malades venant d'autres établissements hospitaliers,représentent environ 75% des entrées. Leur proportion subit le mouvement inverse de celle des malades venant directement de chez eux: C'est à dire diminution jusqu'en 1975 (85 à 63 %).

La plus grande part viennent des hôpitaux Lyonnais (60%), les autres du Centre Hospitalier de Villefranche:ces derniers sont de plus en plus nombreux,puisque de 2% en 1965, ils représentent 12% de l'ensemble de la population en 1976.

-Les malades venant d'un hospice ou d'une maison de retraite sont très peu nombreux,mais semblent cependant en augmentation. (Tableau 2).

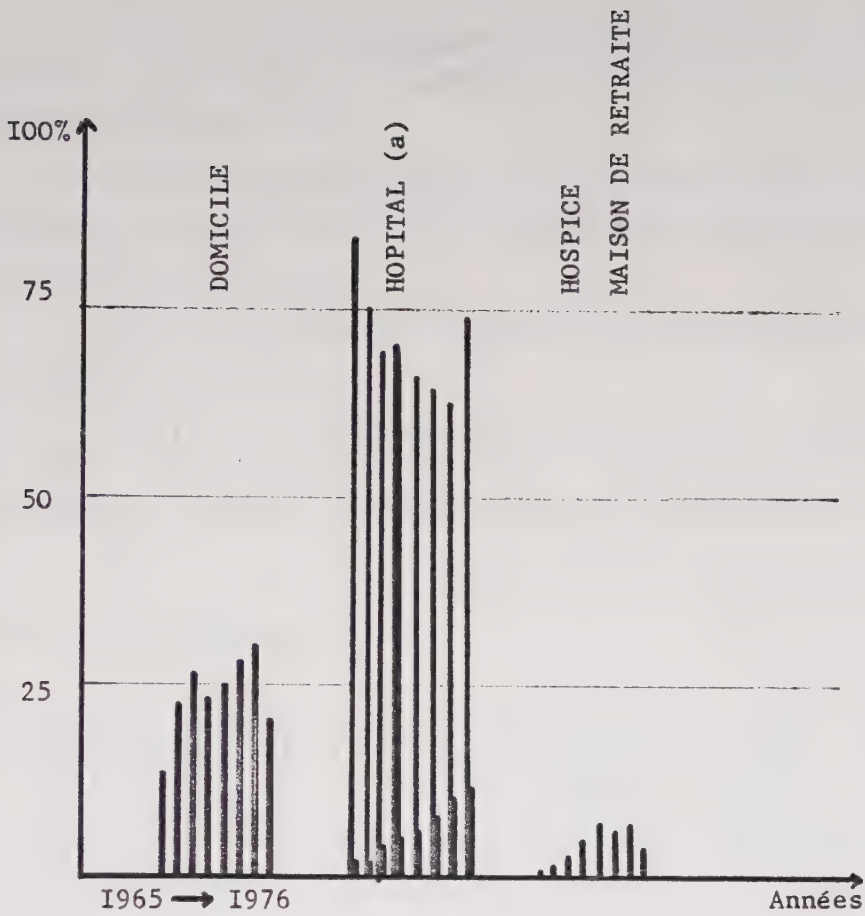


TABLEAU 2: Evolution du mode d'entrée suivant la PROVENANCE

(a)

- Hopitaux Lyonnais
- CH de Villefranche

C- LE MODE DE SORTIE

+ Les modalités de sortie sont au nombre de 4:

a) Soit le retour au domicile chez soi ou dans la famille. L'hospitalisation à domicile fait également partie de ce groupe, mais elle n'a été trouvée qu'une seule fois .

b) Soit l'hospitalisation dans un autre service de médecine, de chirurgie, ou de psychiatrie, ainsi que dans un centre de rééducation ou maison de convalescence.

c) Soit le placement, définitif ou non, dans un hospice ou une maison de retraite.

d) Soit enfin le décès. Les causes de décès, pourtant si importantes dans toute étude sur la morbidité d'une population hospitalière, ne seront pas envisagées, faute d'autopsie, condition impérative pour une telle étude.

+ La répartition de malades suivant le mode de sortie est la suivante:

Mode de sortie Années	RETOUR A DOMICILE		HOSPITALISATION		PLACEMENT		DECES	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
1965	197	55 %	20	5 %	101	28 %	42	12 %
1966	209	55 %	22	6 %	106	28 %	43	11 %
1969	182	50 %	24	7 %	106	29 %	52	14 %
1970	157	48 %	21	6 %	81	25 %	69	21 %
1973	97	34 %	15	5 %	75	27 %	96	34 %
1974	87	34 %	18	7 %	66	26 %	85	33 %
1975	95	33 %	22	8 %	67	23 %	102	36 %
1976	141	40 %	30	8 %	83	24 %	99	28 %

+ On constate donc:

-Une diminution des malades qui retournent à leur domicile;

-Un nombre à peu près constant de malades dirigés dans d'autres services hospitaliers.

-Des placements définitifs en hospice ou maison de retraite un peu moins fréquents.

-Une augmentation très sensible du nombre des décès (de 12 à 30%).

Ainsi, 1 malade sur 3 environ rentre dans le service pour y mourir. (Tableau 3).

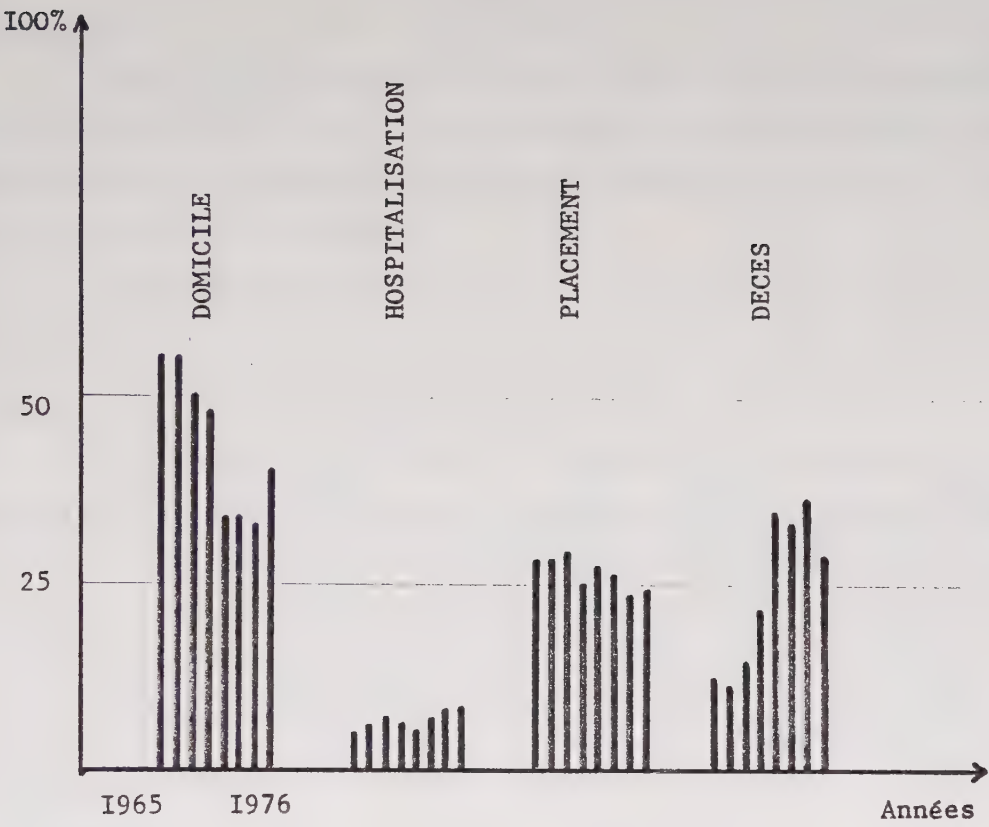


TABLEAU 3: LES MODES DE SORTIE: Evolution et proportions respectives.

D- ETUDE DE LA VALIDITE

I°) Les différents degrés de validité: Leur importance respective .

+ On peut schématiquement distinguer 3 degrés de validité:

- Les valides: Sont considérées comme telles, les personnes qui peuvent se mouvoir sans aucune aide, même matérielle, avec aisance, leur permettant de monter ou descendre plusieurs marches ou de parcourir un trajet de plusieurs centaines de mètres.

- Les semi-valides: Ce sont les personnes qui se déplacent avec difficulté, ou nécessitant une aide humaine ou matérielle (béquilles, déambulateur etc...). Mais dans tous les cas ce sont des malades qui peuvent quitter seuls leur lit, même avec difficulté.

- Les grabataires: Reprenant la définition de BERTHAUX: Est considérée comme grabataire toute personne ne quittant pas son lit spontanément.

Dans notre étude, nous appliquerons cette définition au sens strict: C'est à dire que toute personne âgée alitée quelques jours, au cours d'une affection quelqu'elle soit, est considérée comme grabataire. Ceci même s'il n'y a pas de dégradation physique ou mentale. Ainsi souligne-t-on la menace qui pèse chez ces malades, au cours de tout décubitus, même relativement court.

Remarques:

Le degré de validité n'apparaît pas toujours de façon précise dans les dossiers: Ainsi en 1965 et 1966 le nombre de malades dont la validité à la sortie n'est pas précisée, est trop important pour qu'elle puisse être étudiée.

La proportion de chacune de ces 3 classes sera déterminée à l'entrée et à la sortie. Ce taux représente un ensemble de malades différents, mais permettra d'établir néanmoins l'importance de chaque catégorie parmi les entrants et les sortants. Nous déterminerons ainsi les variations globales de l'autonomie pendant le séjour.

+ La répartition de chacune de ces 3 classes est

la suivante:

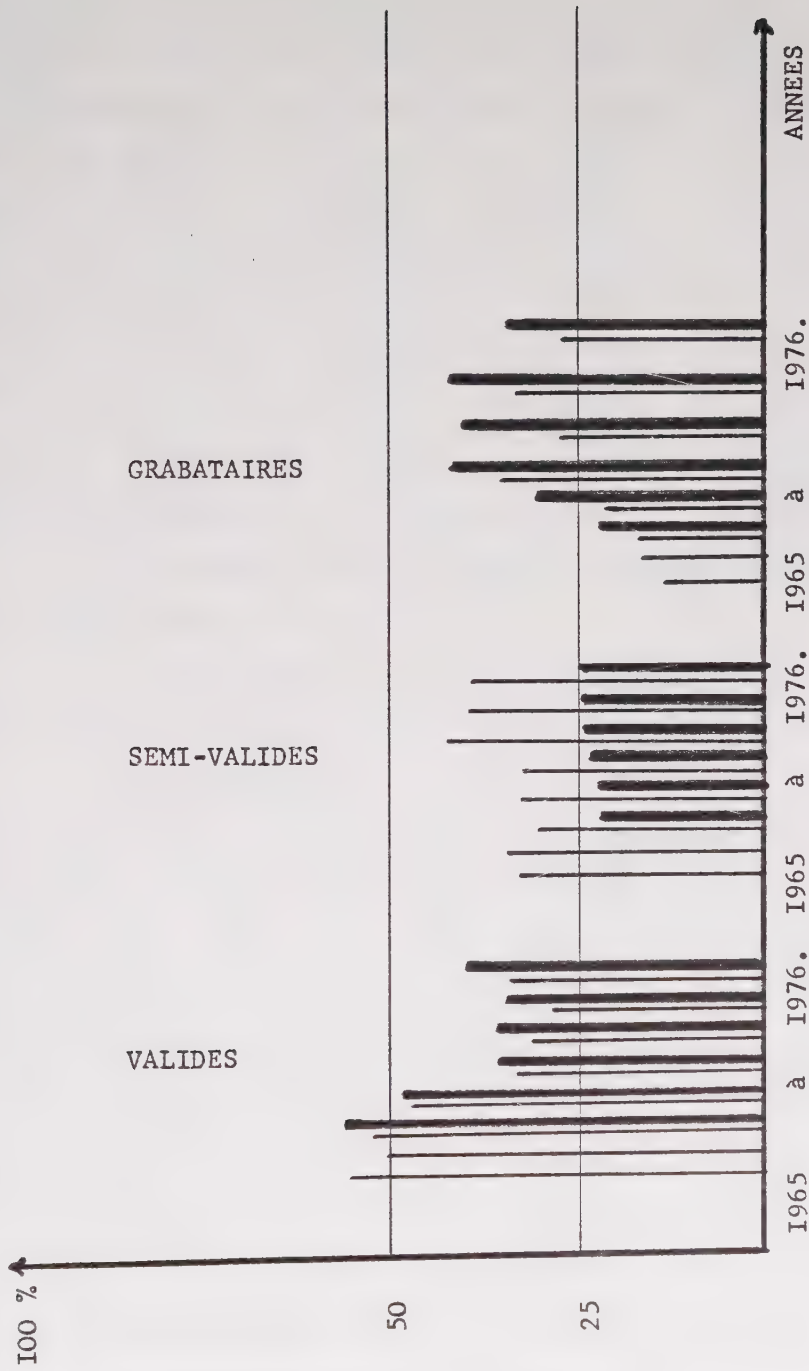
	VALIDES		SEMI-VALIDES		GRABATAIRES		Total
	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie	
I965	I57 (55%)	/	9I (32%)	/	39 (I3%)	/	287
I966	I85 (50%)	/	I23 (34%)	/	58 (I6%)	/	366
I969	I87 (52%)	20I (56%)	II4 (3I%)	8I (22%)	60 (I7%)	79 (22%)	36I
I970	I55 (47%)	I59 (48%)	IO4 (32%)	7I (22%)	69 (2I%)	98 (30%)	328
I973	94 (33%)	IOO (35%)	9I (32%)	64 (23%)	98 (35%)	II9 (42%)	283
I974	80 (3I%)	94 (36%)	IO8 (42%)	6I (24%)	70 (27%)	IO3 (40%)	258
I975	79 (28%)	97 (34%)	III (39%)	68 (24%)	96 (33%)	I2I (42%)	286
I976	II8 (34%)	I42 (4I%)	I38 (39%)	90 (25%)	96 (27%)	I20 (34%)	352

+ On constate donc que:

- Le nombre d'entrées de malades valides diminue de 55% à 34%.
- Le nombre d'entrées de malades semi-valides augmente légèrement, en passant de 32 à 39%.
- Le nombre de personnes grabataires à l'entrée augmente très sensiblement, puisqu'il passe de I3 à 30% environ en onze ans.

A la sortie pour chaque classe on trouve le même écart: Les semi-valides sont toujours moins nombreux, il y a un peu plus de valides, enfin on trouve une proportion de grabataires plus importante.

Ainsi on peut penser que globalement, une partie des semi-valides à l'entrée, devient valides, tandis qu'une autre plus importante se "grabatise". (Tableau 4).



— Entrée

— Sortie

TABEAU 4. DEGRE DE VALIDITE A L'ENTREE ET A LA SORTIE.

(Validité à la sortie non déterminée en 1965 et 1966)

2°) Validité suivant l'âge

+ La répartition des classes d'âge de 10 ans, à partir de 60 ans, pour chacun des 3 groupes de validité est la suivante:

(validité à l'entrée)

-Les valides:

Age Années	60 à 69ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	Plus de 90 ans	Plus de 80 ans	Total des Valides
I965	38 (28%)	65 (47%)	32 (23%)	2 (2%)	34 (<u>41%</u>)	I37
I966	40 (26%)	75 (49%)	38 (24%)	I (I%)	39 (<u>34%</u>)	I54
I969	34 (20%)	8I (49%)	50 (30%)	I (I%)	5I (<u>42%</u>)	I66
I970	28 (20%)	66 (47%)	43 (30%)	5 (3%)	48 (<u>38%</u>)	I4I
I973	II (I3%)	42 (52%)	26 (32%)	2 (3%)	28 (<u>22%</u>)	8I
I974	I3 (I8%)	35 (48%)	2I (29%)	4 (5%)	25 (<u>22%</u>)	73
I975	II (I5%)	32 (45%)	25 (35%)	3 (5%)	28 (<u>21%</u>)	7I
I976	20 (2I%)	43 (45%)	29 (3I%)	3 (3%)	32 (<u>20%</u>)	95

Le pourcentage des 4 premières colonnes, représente le taux de valides par classe d'âge. (Tableau 5A).

Le pourcentage de la 5ème colonne, représente le taux de valides pour l'ensemble des personnes de plus de 80 ans. (Tableau 5D).

-Les semi-valides:

Age Années	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	Plus de 90 ans	Plus de 80 ans	Total des semi-val.
I965	5 (6%)	46 (55%)	29 (34%)	4 (5%)	33 (<u>40%</u>)	84
I966	I6 (I4%)	54 (46%)	47 (40%)	0	47 (<u>42%</u>)	II7
I969	I5 (I4%)	45 (43%)	43 (4I%)	2 (2%)	45 (<u>37%</u>)	I05
I970	I5 (I5%)	39 (39%)	43 (43%)	3 (3%)	46 (<u>36%</u>)	I60
I973	I3 (I4%)	40 (44%)	37 (4I%)	I (I%)	38 (<u>30%</u>)	9I
I974	I0 (I0%)	4I (4I%)	46 (45%)	4 (4%)	50 (<u>45%</u>)	I0I
I975	I2 (I2%)	40 (39%)	48 (47%)	3 (2%)	5I (<u>38%</u>)	I03
I976	I7 (I3%)	48 (36%)	62 (46%)	7 (5%)	69 (<u>43%</u>)	I34

Les pourcentages, selon le modèle précédent, sont représentés par les Tableaux 5B et 5D.

- Les grabataires:

Age Années	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	Plus de 90 ans	Plus de 80 ans	Total des Grabataires
1965	3 (10%)	10 (34%)	13 (45%)	3 (10%)	16 (19%)	29
1966	11 (22%)	11 (22%)	21 (42%)	7 (14%)	28 (24%)	50
1969	10 (17%)	23 (40%)	21 (37%)	3 (6%)	24 (20%)	57
1970	8 (13%)	22 (35%)	30 (47%)	3 (5%)	33 (26%)	63
1973	5 (5%)	26 (28%)	47 (52%)	13 (15%)	60 (48%)	91
1974	3 (5%)	26 (40%)	30 (46%)	6 (9%)	36 (33%)	65
1975	8 (8%)	32 (34%)	42 (45%)	12 (13%)	54 (41%)	94
1976	7 (7%)	28 (30%)	53 (56%)	7 (7%)	60 (37%)	95

+ Ainsi:

- La validité diminue avec l'âge (tableau 5A). 70% des valides ont moins de 80 ans. S'il existe un peu plus de grands vieillards dans cette catégorie (23% de valides en 1965 - 35 et 31% en 1975 et 1976), cet accroissement n'est pas en rapport avec celui du nombre des plus de 80 ans: En effet en 1965, 41% des plus de 80 ans sont valides contre 20% en 1976. (Tableau 5D).

- La distribution par classes d'âge des semi-valides est à peu près identique à la population générale, avec la même évolution: Diminution de la classe des 70 ans, et augmentation de celle des 80 ans (Tableau 5B).

Parmi les plus de 80 ans, il y a autant de semi-valides en 1965 qu'en 1976 (Tableau 5D).

- De 1965 à 1970 on trouve une proportion de grabataires jeunes relativement importante (15% environ). (Tableau 5C). Progressivement cette catégorie est constituée en grande partie par des grands vieillards: 40% environ des plus de 80 ans sont grabataires ces 2 dernières années (Tableau 5D).

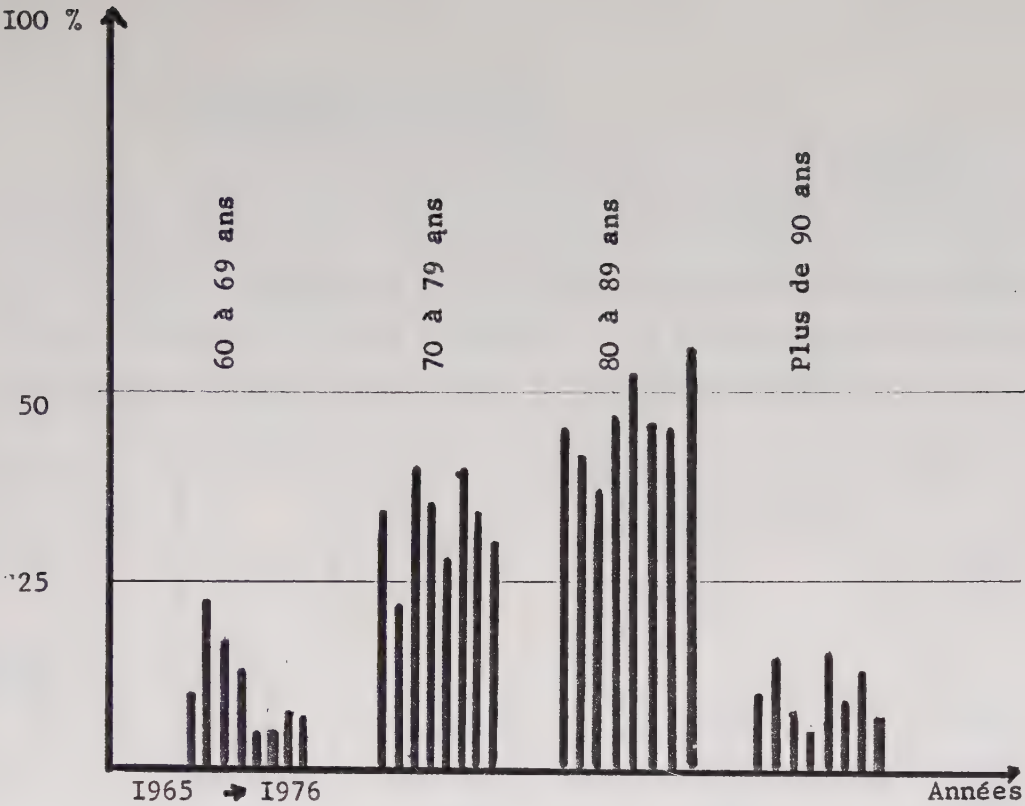


TABLEAU 5C: GRABATAIRES: Evolution par classes d'âge.

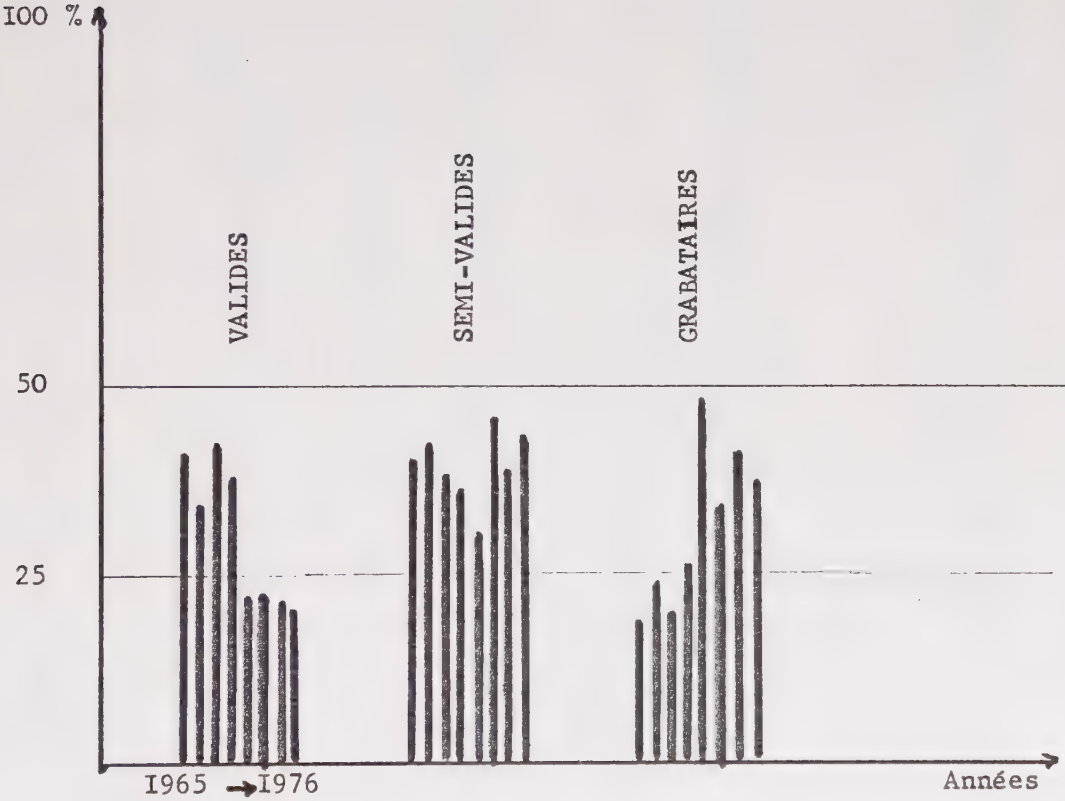


TABLEAU 5D: VALIDITE des PLUS de 80 ans de 1965 à 1976.

3°) Validité et provenance

+ L'étude portera sur la population à partir de 1969 seulement (pour les mêmes raisons indiquées ci-dessus).

Pour chacun des 3 modes d'entrée (domicile-hôpital-hospice ou maison de retraite) ont été déterminées les proportions respectives des 3 catégories de validité, comparées à la population globale.

Les résultats sont les suivants:

Année	Validité	Population globale	Venant de...					
			DOMICILE		HOPITAL		HOSPICE (H) MAISON DE RETRAITE (MR)	
							Total	H MR
1969	V	52%	50	(51%)	134	(53%)	3 (25%)	3 0
	S-V	31%	21	(22%)	87	(34%)	6 (50%)	4 2
	G	$\frac{17\%}{100}$	26	$(\frac{27\%}{100})$	31	$(\frac{13\%}{100})$	3 $(\frac{25\%}{100})$	2 1
1970	V	47%	38	(49%)	112	(48%)	5 (30%)	3 2
	S-V	32%	24	(31%)	78	(33%)	2 (12%)	1 1
	G	$\frac{21\%}{100}$	16	$(\frac{20\%}{100})$	43	$(\frac{19\%}{100})$	10 $(\frac{58\%}{100})$	6 4
1973	V	33%	32	(44%)	58	(31%)	4 (20%)	2 2
	S-V	32%	17	(23%)	67	(35%)	7 (35%)	4 3
	G	$\frac{35\%}{100}$	25	$(\frac{33\%}{100})$	64	$(\frac{34\%}{100})$	9 $(\frac{45\%}{100})$	7 2
1974	V	31%	32	(43%)	47	(28%)	1 (6%)	1 0
	S-V	42%	24	(33%)	78	(46%)	6 (40%)	2 4
	G	$\frac{27\%}{100}$	18	$(\frac{24\%}{100})$	44	$(\frac{26\%}{100})$	8 $(\frac{54\%}{100})$	7 1
1975	V	28%	37	(42%)	40	(23%)	2 (10%)	1 1
	S-V	39%	33	(38%)	74	(41%)	4 (20%)	1 3
	G	$\frac{33\%}{100}$	17	$(\frac{20\%}{100})$	65	$(\frac{37\%}{100})$	14 $(\frac{70\%}{100})$	10 4
1976	V	34%	53	(71%)	63	(24%)	2 (13%)	0 2
	S-V	39%	14	(19%)	117	(45%)	7 (47%)	4 3
	G	$\frac{27\%}{100}$	8	$(\frac{10\%}{100})$	82	$(\frac{31\%}{100})$	6 $(\frac{40\%}{100})$	5 1

V:Valides S-V:Semi-valides G:Grabataires.

+ On constate donc que:

a)-Parmi les malades venant directement de leur domicile

=Les valides représentent 51% des entrées en 1969. Cette proportion est en baisse jusqu'en 1975 (-11%),mais en 1976 l'ouverture du nouveau service porte ce taux à 71%.

=Le nombre de semi-valides,par contre augmente régulièrement de 22 à 38% en 1975 (baisse en 1976 pour les mêmes raisons)

=Les grabataires sont de moins en moins nombreux: 27% en 1969,10% en 1976. (tableau 6A).

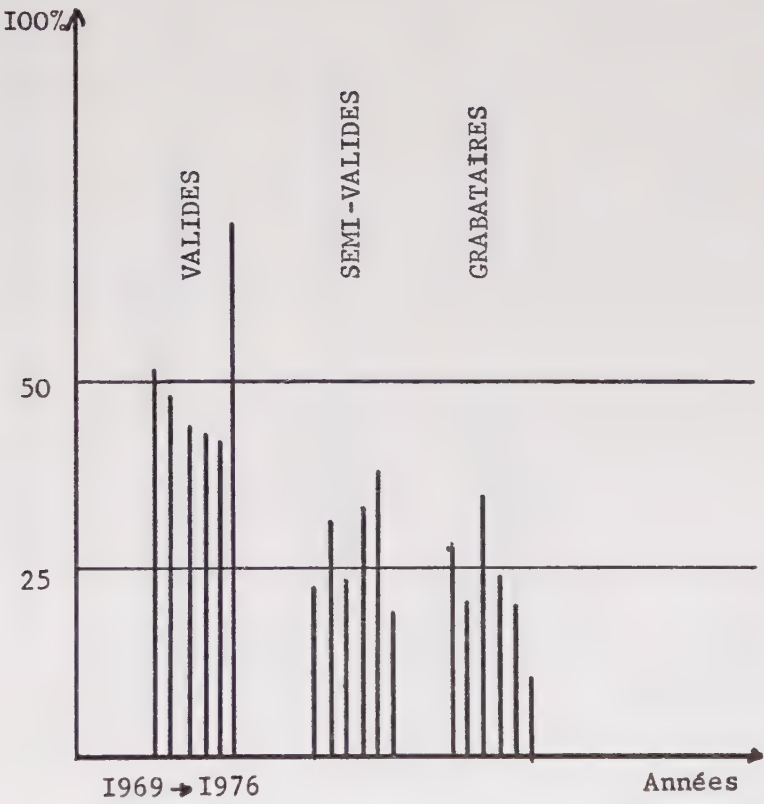


TABLEAU 6A: Proportion des différents DEGRES DE VALIDITE des malades venant directement de leur DOMICILE: de 1969 à 1976.

b) Parmi les malades venant d'un autre service hospitalier

-Le nombre de valides diminue de façon très sensible, de 53% en 1969, il atteint 24% en 1976.

-Le nombre de semi-valides augmente dans le même temps de 34 à 45 %.

-Enfin la proportion des malades grabataires augmente de 13 à 31% en 7ans. (Tableau 6B).

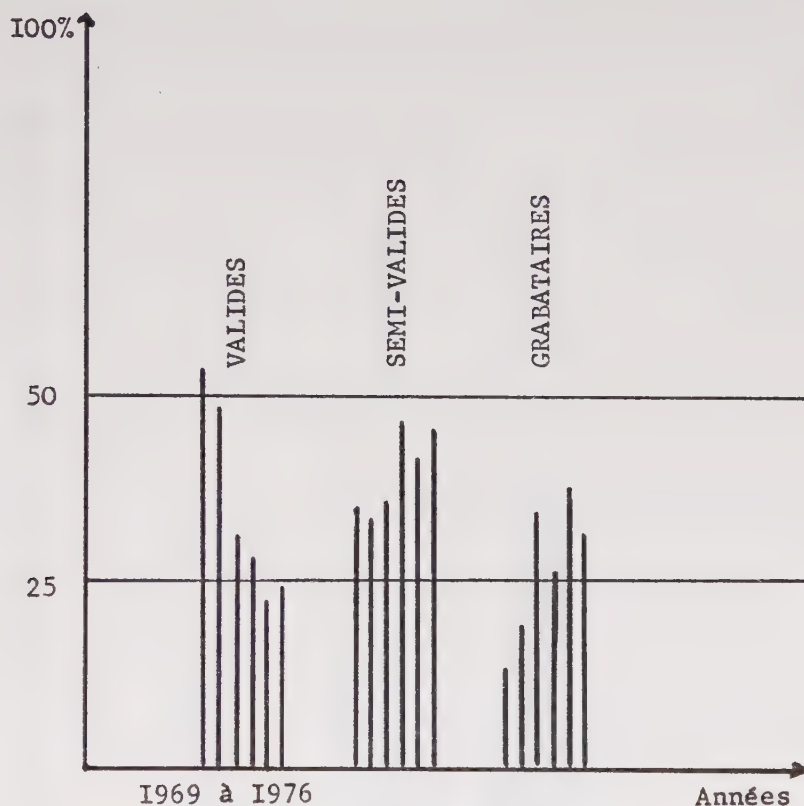


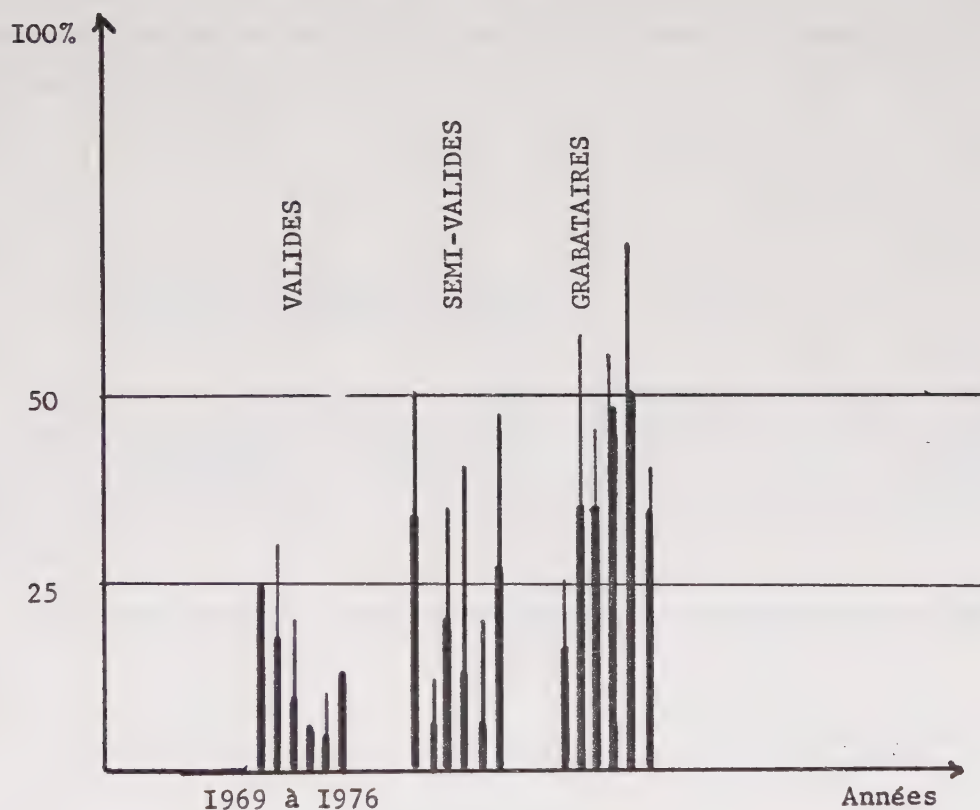
TABLEAU 6B: Proportion des différents DEGRES DE VALIDITE des malades venant d'un autre HOPITAL: de 1969 & 1976.

c) Parmi les malades venant d'un hospice ou d'une maison de retraite: (peu nombreux en fait):

- Les valides sont peu nombreux, leur proportion passe de 25 à 13% de 1969 à 1976. Ils viennent autant d'un hospice que d'une maison de retraite.

- Le nombre de semi-valides est variable (30% en moyenne), ces malades viennent un peu plus souvent d'une maison de retraite.

- Enfin les grabataires représentent la catégorie la plus importante de cette population: 50 à 60%. Ils viennent le plus souvent d'un hospice. (Tableau 6C).



— Hospice

— Maison de retraite

TABEAU 6C: Proportion des différents DEGRES DE VALIDITE des malades venant d'un HOSPICE ou d'une MAISON DE RETRAITE de 1969 à 1976.

+ En somme,

- Les personnes âgées venant directement de leur domicile sont de moins en moins valides. Il s'agit surtout de pertes de l'autonomie partielle, puisque les semi-valides sont plus nombreux, alors que les grabataires le sont moins. Ce sont les malades de la localité.

- Les personnes venant d'un autre hopital sont de plus en plus handicapées, semi-valides et surtout grabataires. Le motif d'hospitalisation a bien changé, comme on le verra ultérieurement: Il s'agit de moins en moins de convalescence, mais de perte de l'autonomie.

- Les malades venant d'un hospice ou d'une maison de retraite, sont surtout des grabataires venant de l'hospice. Semi-valides, ils viennent surtout d'une maison de retraite, c'est à dire quand les premiers signes de dépendance apparaissent.

4°) Validité et mode de sortie.

+ Il s'agit de déterminer, suivant le degré de validité à l'entrée, le mode de sortie: Retour à domicile, hospitalisation, placement définitif en hospice ou maison de retraite ou enfin le décès.

De 1969 à 1976, les sorties suivant la validité ce sont effectuées ainsi:

Années	Validité	S O R T I E S				
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES	
1969	V	135 (74%)	15 (8%)	32 (17%)	1 (1%)	=100%
	S-V	39 (35%)	7 (7%)	44 (40%)	20 (18%)	
	G	1 (1%)	2 (3%)	26 (44%)	31 (52%)	
1970	V	119 (78%)	9 (6%)	21 (14%)	4 (2%)	
	S-V	32 (31%)	5 (5%)	34 (34%)	31 (30%)	
	G	3 (4%)	7 (10%)	25 (36%)	33 (50%)	
1973	V	62 (66%)	4 (4%)	27 (29%)	1 (1%)	
	S-V	28 (31%)	8 (9%)	33 (37%)	21 (23%)	
	G	6 (6%)	3 (3%)	15 (15%)	74 (76%)	
1974	V	51 (63%)	7 (9%)	19 (24%)	3 (4%)	
	S-V	31 (29%)	9 (9%)	33 (31%)	33 (31%)	
	G	2 (3%)	3 (4%)	16 (23%)	49 (70%)	
1975	V	51 (64%)	8 (10%)	17 (22%)	3 (4%)	
	S-V	40 (36%)	11 (10%)	36 (32%)	24 (22%)	
	G	4 (4%)	3 (3%)	14 (15%)	75 (78%)	
1976	V	76 (64%)	14 (12%)	20 (17%)	8 (7%)	
	S-V	61 (44%)	11 (8%)	39 (28%)	27 (20%)	
	G	4 (4%)	5 (5%)	23 (24%)	64 (67%)	

+ On constate donc que :

a) -Les personnes valides à l'entrée, sont celles qui sont les plus nombreuses à réintégrer le domicile, dans une proportion plus faible cependant: 74% en 1969, 64% en 1976.

- 10 % environ sont hospitalisées dans un autre service.

- Le nombre de placements diminue régulièrement: 17% en 1976.

- 7% de ces personnes décèdent dans le service en 1976, au lieu de 1% seulement en 1969. (Tableau 7A).

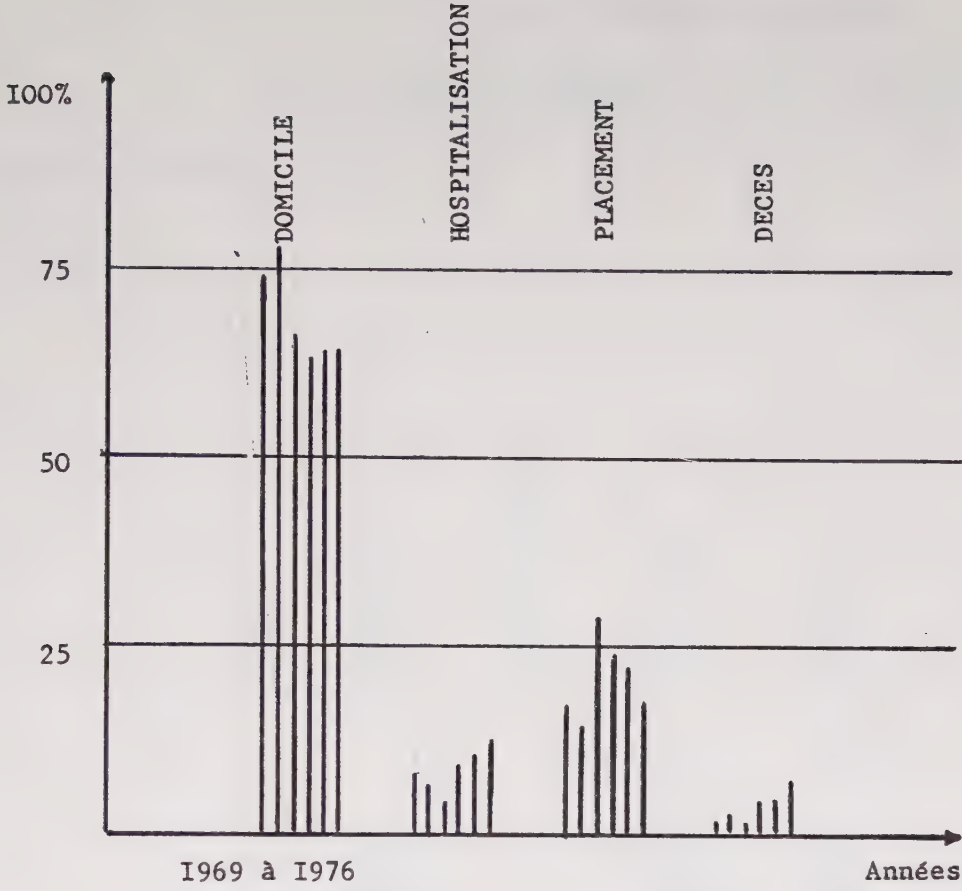


TABLEAU 7 A: MODE DE SORTIE des personnes VALIDES
à l'entrée, de 1969 à 1976.

b) Les personnes semi-valides sortent de la manière suivante:

- = 1/3 retournent chez elles.
- = 1/3 vont en hospice ou en maison de retraite.
- = 1/3 sont hospitalisées ou décèdent surtout.

avec l'évolution suivante:

- + Les retours à domicile sont plus nombreux depuis 4 ans.
- + Les placements et les décès ont par contre tendance à diminuer. (Tableau 7 B).

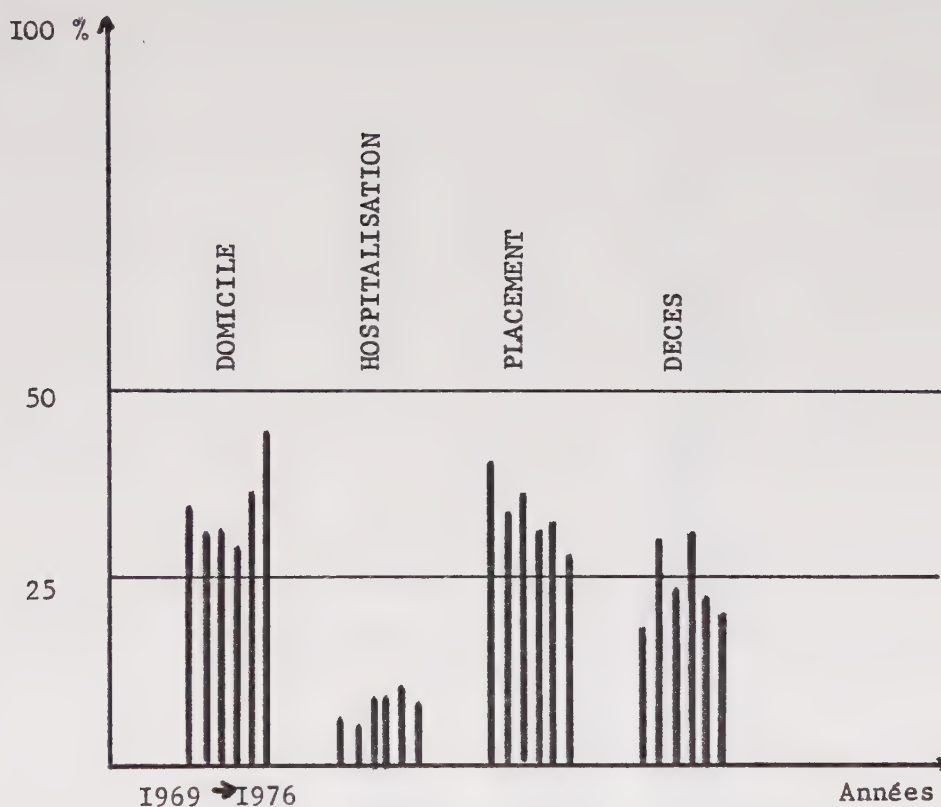


TABLEAU 7 B: MODE DE SORTIE des personnes

SEMI-VALIDES à l'entrée, de 1969 à 1976.

c) Parmi les malades grabataires à l'entrée, on observe que:

- = 4% environ ont retrouvé leur condition de vie antérieure, en famille.
- = 4% environ ,ont du être hospitalisés dans un autre service.
- = 24% ont été placés en hospice en 1976. Ce mode de sortie est de moins en moins fréquent ,puisqu'il était de 44% en 1969.
- = 70% environ décèdent dans le service ces dernières années, contre 50% il y a 7 ans. (Tableau 7 C).

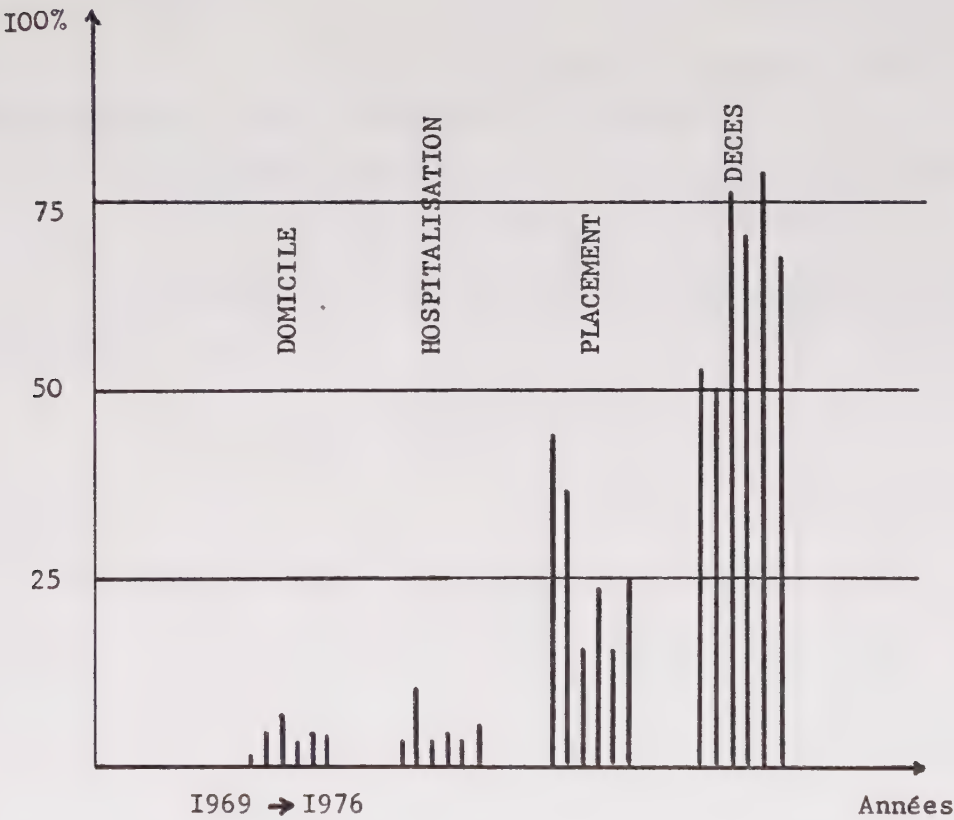


TABLEAU 7 C : MODE DE SORTIE des GRABATAIRES à l'entrée, de 1969 à 1976.

En Somme :

- Le mode de sortie dépend évidemment du degré d'autonomie. Deux faits, cependant peuvent être soulignés :

1°) La diminution globale, et pour chaque catégorie de validité, du nombre des placements définitifs en hospice ou en maison de retraite: Contrairement à ce que l'on supposait, puisque l'hôpital devient de plus en plus un lieu de dégagement des services aigus.

2°) Il y a 7 ans un plus grand nombre de personnes grabataires était encore placé en hospice.

Actuellement leur état conduit de plus en plus au maintien dans un service de Médecine, ou ils décèdent le plus souvent.

La proportion élevée de grabataires explique donc la diminution des placements.

E- LA DUREE DE SEJOUR

1°) Evolution sur l'ensemble de la population.

Au cours de II années de notre étude, la durée de séjour a été variable:

De 30 à 35 jours en 1965, elle augmente régulièrement pour atteindre 50 jours environ en 1973.

Elle diminue à 40 jours au cours des dernières années, 1975 et 1976. (Tableau 8).

2°) Durée de séjour en fonction du degré de validité à l'entrée.

+ De 1965 à 1976, la durée de séjour par catégorie de malades, suivant leur validité à l'entrée est la suivante:

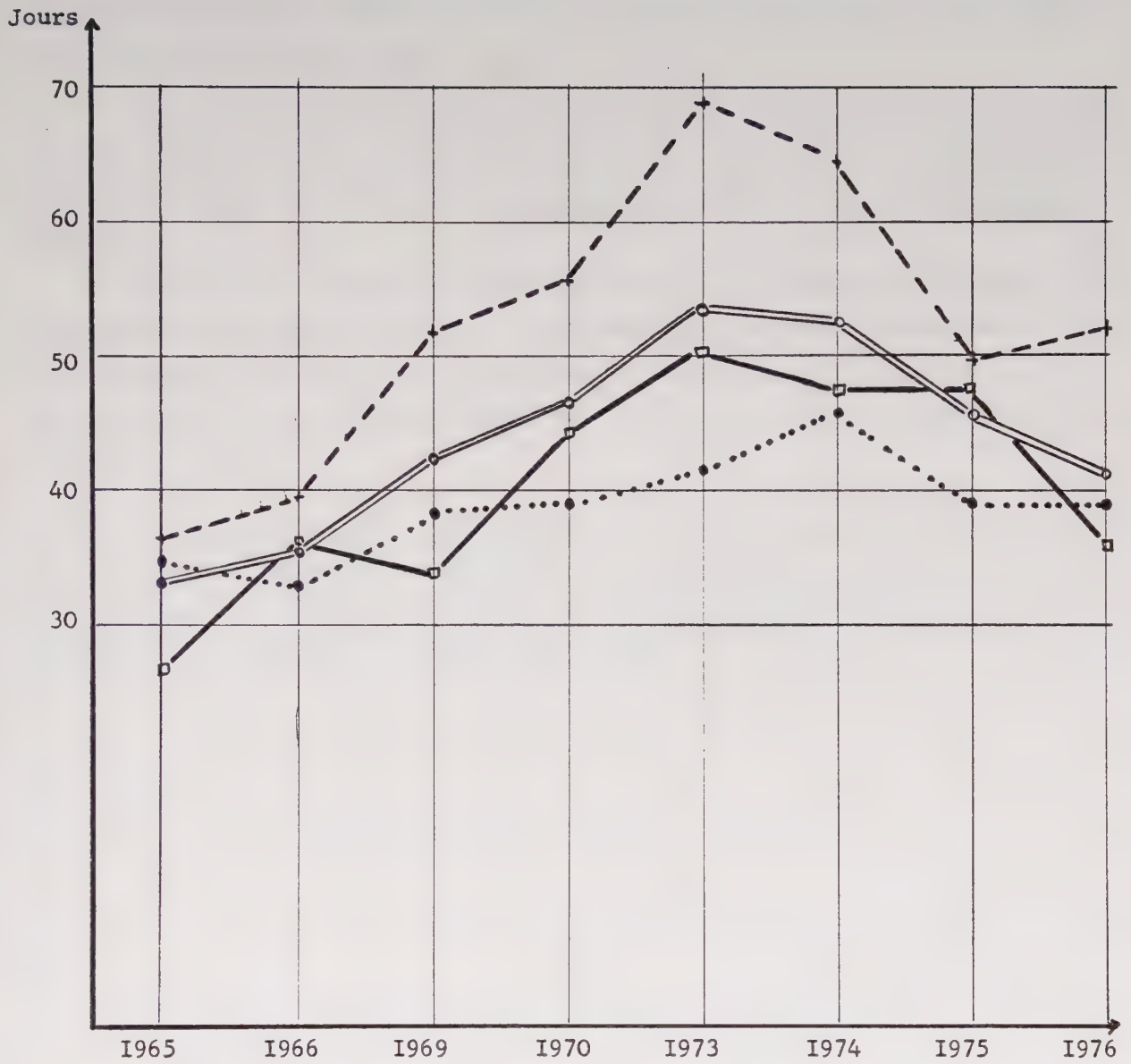
Années	DUREE DE SEJOUR (en jours)				
	Ensemble de la Population	VALIDES	SEMI-VALIDES	GRABATAIRES	Personnes décédées.
1965	33,2	34,1	36,7	26,7	23,4
1966	35,2	33	39,6	35,5	32,3
1969	42,5	36,5	52	38,5	39
1970	46,8	44,6	55,5	39	37
1973	52,9	50,3	68	41,4	37
1974	52,7	47,6	64,8	45,8	29,1
1975	45,8	47,8	49,9	39,4	34,2
1976	41,4	35,8	50,4	38,2	36,2

+ On constate donc que:

-Les valides ont une durée de séjour, légèrement inférieure à la durée de séjour globale.

-Les semi-valides restent, de manière constante, plus longtemps hospitalisés (+ 10 jours environ au dessus de la moyenne).

-Les grabataires ont une durée de séjour nettement inférieure à l'ensemble de la population, en raison du décès généralement précoce avant le 30ème jour. (Tableau 8).



TABEAU 8: DUREE DE SEJOUR MOYENNE et pour
chaque catégorie de VALIDITE.

○—○ Moyenne
□— Valides
x—x Semi-valides
●...● Grabataires

+ En somme,

la durée de séjour , son évolution et ses variations suivant le degré de validité, traduit le changement qu'a subi cette population hospitalière en II ans;

Service de convalescence autrefois (durée de séjour 30 jours ou le "mois de convalescence"), il a actuellement une fonction de dégagement des services hospitaliers aigus ,dans l'attente le plus souvent d'un placement définitif.

Ce sont d'ailleurs les personnes semi-valides qui ont le temps d'hospitalisation le plus long: Il s'agit de la catégorie de malades le plus souvent placée. Il faut rappeler qu'il n'y a pas d'assistante sociale attachée au service de médecine, ce qui influe inévitablement sur la durée de séjour.

Les personnes âgées grabataires ont donc un temps de séjour le plus court ,dû essentiellement à une forte proportion de décès avant le premier mois. Le nombre croissant de malades de cette catégorie explique donc, la diminution de la durée de séjour depuis 2 ans.

F- LES MOTIFS D'HOSPITALISATION

- L'étude de la pathologie chez la personne âgée est, comme on le sait, complexe en raison de ses associations fréquentes, qui en fait donc le plus souvent une pluri-pathologie.

Il n'a été retenu dans cette étude que la pathologie initiale ayant motivé l'hospitalisation.

- Nous envisagerons successivement:

1°) Une analyse globale des 9 années groupées par périodes de 2 ans (1965/66 - 1969/70 - 1973/74 - 1975/76), qui portera uniquement sur les personnes âgées de plus de 60 ans (90 à 95% de la population).

Les résultats obtenus se référeront donc à la répartition suivante:

Années	PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS			
	Total	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	664	76,7	433 (65 %)	231 (35 %)
1969/70	638	77,1	389 (61 %)	249 (39 %)
1973/74	503	78,6	266 (53 %)	237 (47 %)
1975/76	593	78,8	298 (50 %)	295 (50 %)

2°) Etude de chaque pathologie d'entrée et de sa morbidité.

1°) ETUDE GLOBALE DE LA PATHOLOGIE ENTRE 1965 ET 1976.

- Les motifs d'hospitalisation ont été classés en 13 groupes.

- Il s'agit plus d'une classification évolutive, en fonction des retentissements sur l'autonomie, qu'étiopathogénique.

Ainsi peut-on retrouver la pathologie cardio-vasculaire dans les affections cardiaques, cérébrales aiguës, neurologiques chroniques et artéritiques.

- La répartition et l'évolution de cette pathologie depuis 1965 sont les suivantes:

Années Pathologie	1965-1966	1969-1970	1973-1974	1975-1976
P. TRAUMATIQUE.	110 (16,5%)	70 (11 %)	72 (14,5%)	161 (27 %)
P. CEREbraLE AIGUE.	39 (6 %)	58 (9 %)	66 (13 %)	62 (10,5%)
P. NEUROLOGIQUE CHRON. ET MENTALE.	74 (11 %)	63 (10 %)	72 (14,5%)	78 (13 %)
P. CARDIAQUE ET PULMONAIRE.	105 (16 %)	160 (25 %)	106 (21 %)	94 (16 %)
<u>Total</u>	<u>49,5%</u>	<u>55 %</u>	<u>63 %</u>	<u>66,5%</u>
P. NEOPLASIQUE	75 (11,5%)	59 (9 %)	44 (9 %)	46 (8 %)
P.OSTEO-ARTICULAIRE	27 (4 %)	24 (4 %)	20 (4 %)	15 (2,5%)
P.POST-OPERATOIRE	49 (7,5%)	33 (5 %)	10 (2 %)	4 (0,5%)
P. DIGESTIVE	33 (5 %)	33 (5 %)	13 (2,5%)	29 (4,5%)
P. ARTERITIQUE	18 (3 %)	13 (2 %)	9 (2 %)	4 (0,5%)
P. VEINEUSE	17 (2,5%)	11 (2 %)	26 (5 %)	9 (1,5%)
P. ETHYLIQUE	20 (3 %)	19 (3 %)	7 (1,5%)	10 (1,5%)
DIVERS	68 (10 %)	73 (11,5%)	39 (7,5%)	68 (11 %)
P. SOCIALE	29 (4 %) <u>100</u>	22 (3,5%) <u>100</u>	19 (3,5%) <u>100</u>	23 (3,5%) <u>100</u>

+ On constate donc que 4 groupes pathologiques représentent 50 à 65% des motifs d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 60 ans;

= La pathologie traumatique comprend tout ce qui est fracture ou contusion, mais également les chutes lorsqu'elles ne sont pas dues à une cause déterminée, entrant dans un autre groupe pathologique.

Ce motif d'entrée est de plus en plus important dans ce service (16,5 à 27% de 1965 à 1976) et devient ainsi la principale cause d'hospitalisation. Ceci est du en partie à un accroissement du nombre des malades venant d'un important centre d'urgence orthopédique de LYON.

= Les affections cardiaques et pulmonaires représentent la 2ème cause d'hospitalisation ; elles sont cependant moins fréquentes, 25% en 1969, 16% en 1975-76.

= La pathologie cérébrale aigue est un peu plus fréquente: 6 à 11% environ depuis 1965. Il s'agit essentiellement d'atteintes vasculaires brutales, entraînant des états déficitaires.

= La pathologie neurologique chronique et mentale est également un peu plus fréquente, avec un taux de 13% en 1975-76.

Il s'agit des troubles vasculaires cérébraux d'installation et d'évolution chroniques, des atteintes dégénératives, et des troubles psychotiques.

...Ces deux derniers groupes représentent près du quart de la pathologie d'entrée.

Enfin les 9 groupes pathologiques suivants qui représentent le tiers environ des motifs d'hospitalisation:

= La pathologie néoplasique (patente) est un peu moins fréquente (de 11 à 8%), mais occupe donc une place relativement importante.

= La pathologie ostéo-articulaire, constituée d'atteintes rhumatismales dégénératives ou inflammatoires et de l'orthopédie non traumatique est très faiblement représentée en tant que pathologie initiale (3 % environ). Or on connaît la fréquence de ces affections chez les personnes âgées, qui sont souvent responsables de l'hospitalisation, associées à une cause initiale, parfois même relativement bénigne.

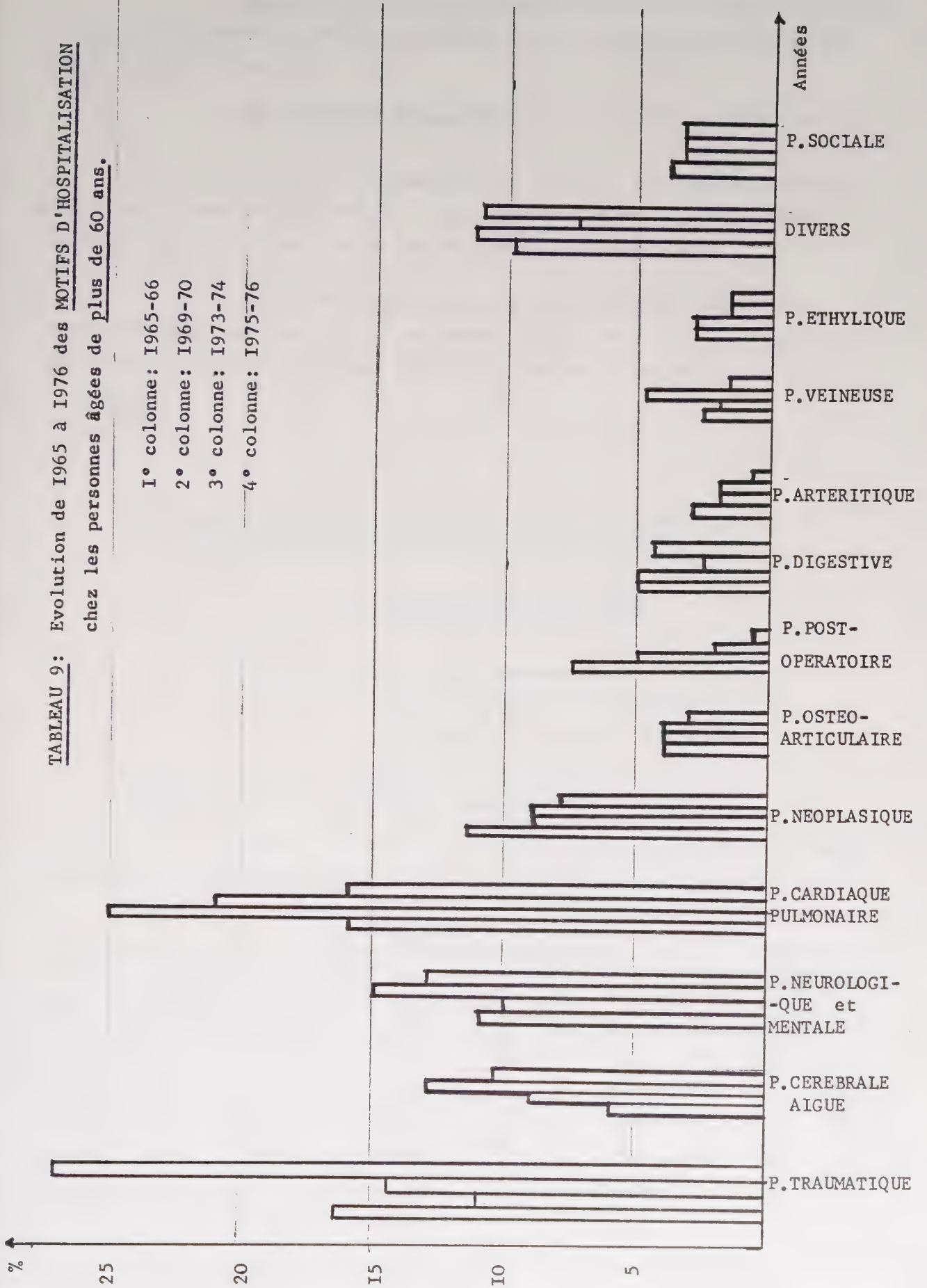
= La pathologie post-opératoire (non néoplasique) est nettement moins fréquente (7,5% à 0,5 % de 1965 à 1976) elle traduit la disparition progressive de la "convalescence".

= La pathologie digestive représente toujours la même proportion , avec 5% environ des motifs d'entrée. Il s'agit essentiellement de syndromes diarrhéiques, de vomissements, et surtout d'anorexies chez des vieillards en mauvais état général qui posent un problème diagnostique en raison de la difficulté des investigations.

= La pathologie artéritique ne représente plus que 0,5% des entrées contre 3% en 1965-66: transfert des malades en centres de réadaptation?

TABEAU 9: Evolution de 1965 à 1976 des MOTIFS D'HOSPITALISATION
chez les personnes âgées de plus de 60 ans.

1° colonne: 1965-66
2° colonne: 1969-70
3° colonne: 1973-74
4° colonne: 1975-76



= La pathologie veineuse comprend essentiellement des plaies et ulcères variqueux et quelques phlébites. Elle ne représente que 3% des motifs d'hospitalisation.

= La pathologie éthylique est moins souvent rencontrée (de 3 à 1,5%)

= Un groupe pathologique de "divers" est important, puisqu'il constitue 10% environ des entrées. Il s'agit, entre autre, d'affections endocriniennes, dont le diabète occupe une place prédominante.

= Enfin les causes sociales (plutôt que la pathologie) sont individualisées lorsqu'elles motivent à elles seules l'hospitalisation (états de misère physiologique, décès d'un proche, ou le mois d'Août...).

- (Tableau 9).

2°) ETUDE DE CHAQUE PATHOLOGIE ET DE SA MORBIDITE.

A- LA PATHOLOGIE TRAUMATIQUE

Nous envisagerons successivement:

- Les fractures du col fémoral.
- Les autres affections traumatiques.

a) Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

+ Il faut rappeler qu'il s'agit d'une population uniquement féminine. (70% des fractures chez la femme).

+ La répartition suivant l'âge, et le nombre de cas observés pour chaque période considérée, s'établissent ainsi:

Années	Total des Traumatismes	Fractures du col fém. nombre	%	Moyenne d'âge	Moins de 80 ans	Plus de 80 ans
1965/66	110	35	32%	79,3	17 (48%)	18 (52%)
1969/70	70	18	26%	76,6	12 (67%)	6 (33%)
1973/74	72	36	50%	80,2	15 (42%)	21 (58%)
1975/76	175	59	37%	81,7	20 (34%)	39 (66%)

+ On constate donc que cette lésion représente environ plus du tiers de l'ensemble de la pathologie traumatique, et qu'elle intéresse dans notre série, des femmes de plus en plus âgées.

+ La validité de ces malades, à l'entrée et à la sortie, pour chacune des périodes, est la suivante:

Années	nombre de cas retenus	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
I965/66	23	I (4%)	I2 (52%)	IO (44%)	3 (I2%)	IO (44%)	IO (44%)
I969/70	I8	O O	9 (50%)	9 (50%)	3 (I7%)	7 (39%)	8 (44%)
I973/74	35	O O	I9 (54%)	I6 (46%)	9 (26%)	7 (20%)	I9 (54%)
I975/76	58	2 (3%)	3I (54%)	25 (43%)	I5 (26%)	I5 (26%)	28 (48%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ Ces résultats montrent que:

- à la sortie il y a toujours, par rapport à l'entrée :

= Plus de valides

= Moins de semi-valides

= Plus de grabataires depuis I973.

- au cours des années on trouve, de façon globale:

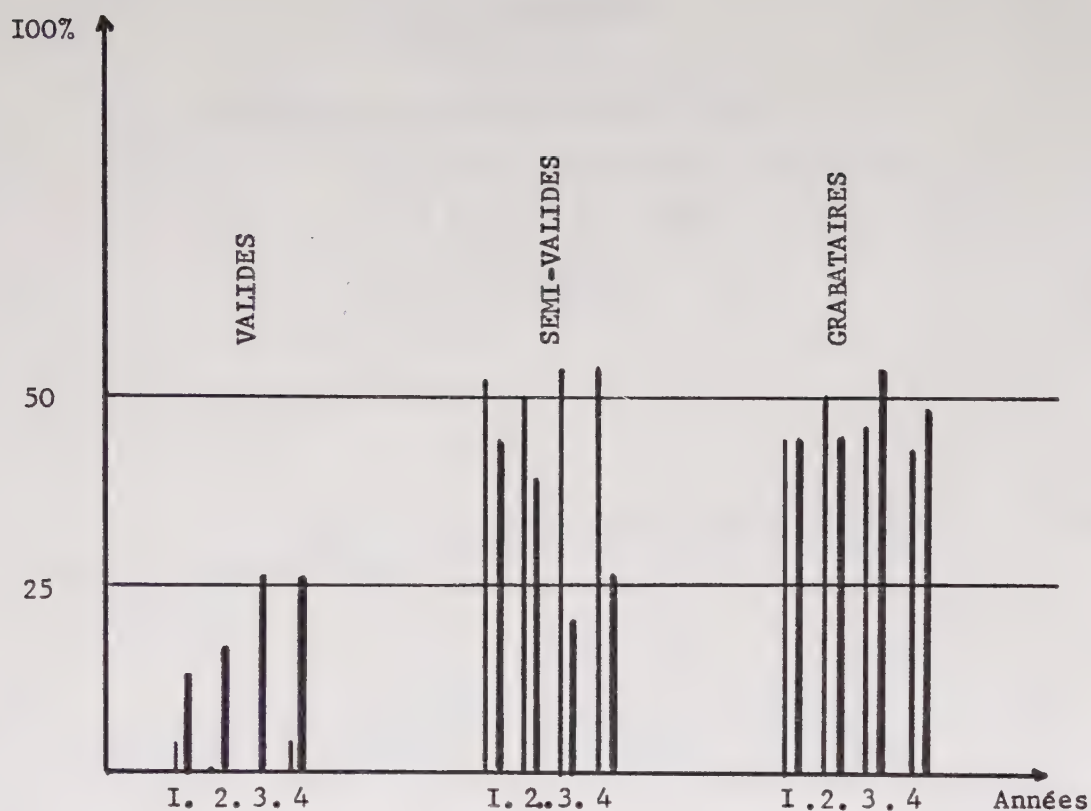
= Plus de valides

= Moins de semi-valides

= Plus de grabataires (avec cependant une diminution en I975/76). (Tableau IOA)

-Donc: Au nombre de grabataires à l'entrée, vient s'en ajouter depuis 4 ans, d'autres qui le deviennent pendant le séjour.

Les résultats fonctionnels sont plus tranchés, entre l'état grabataire (I cas sur 2) et la récupération totale (I cas sur 4), les semi-valides étant de moins en moins nombreux (I cas sur 4).



— Validité à l'entrée
 — Validité à la sortie

I: 1965/66
 2: 1969/70
 3: 1973/74
 4: 1975/76

TABLEAU 10 A: Proportion des différents
DEGRES DE VALIDITE à l'entrée et
 à la sortie, des malades atteints
 de FRACTURE DU COL FEMORAL.

- A titre de comparaison nous donnons les résultats fonctionnels de l'équipe de G. CUNY (17)

Sur 379 fractures il obtient quelques semaines après:

- 61 % de valides
- 21 % de semi-valides
- 11 % de grabataires
- 7 % de décès.

6 mois après, 310 malades sont revus:

- 76 % sont réstés dans le même état
- 4 % se sont améliorés
- 9 % deviennent grabataires
- 10 % sont décédés.

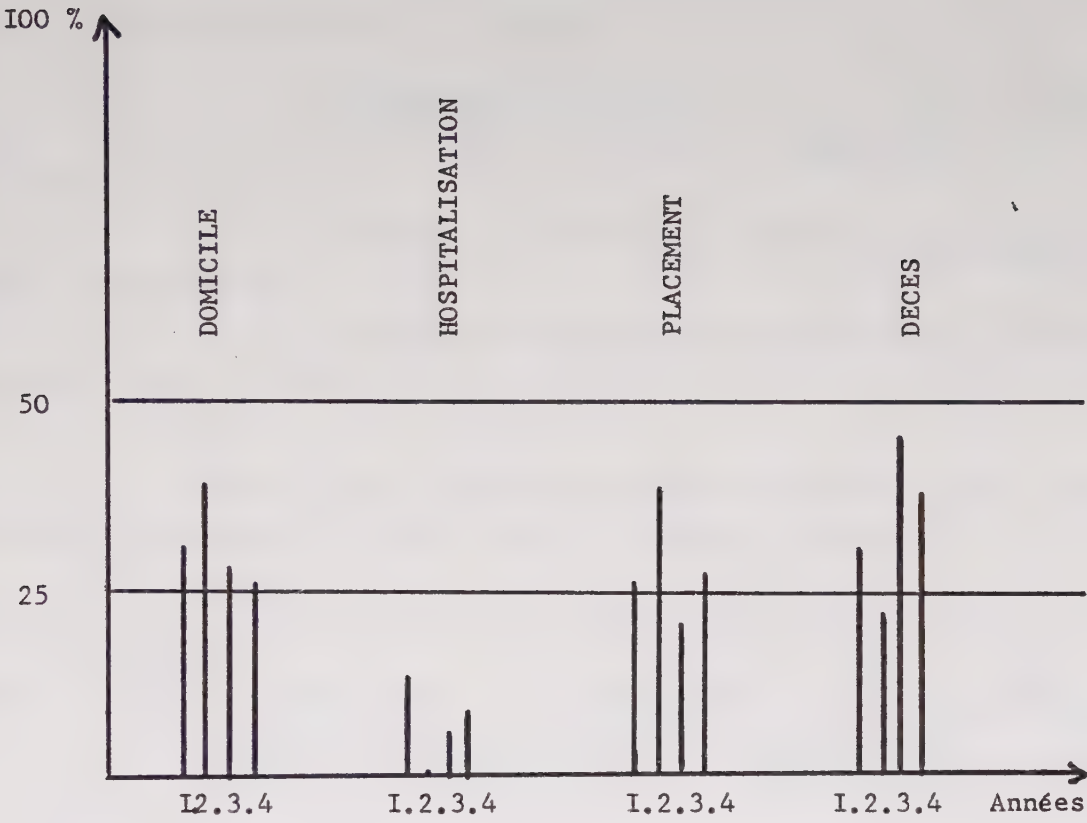
+ Le mode de sortie des malades ayant présenté une fracture du col fémoral s'établit ainsi:

Années	MODE DE SORTIE				
	Domicile	Hôpital	Placement	Décès	
1965/66	7 (30,5%)	3 (13%)	6 (26%)	7 (30,5%)	= 100%
1969/70	7 (39 %)	0 0	7 (39%)	4 (22 %)	
1973/74	10 (28 %)	2 (6%)	7 (20%)	7 (46 %)	
1975/76	15 (26 %)	5 (9%)	16 (27%)	22 (38 %)	

+ On constate donc que:

- 1 malade sur 4, seulement rentre chez lui.
- 1 malade sur 4, est placé définitivement.
- 2 malades sur 4, sont, soit hospitalisés,

soit surtout décèdent: (taux de mortalité 46 et 38% ces 4 dernières années). (Tableau 10 B).



I: 1965/66
2: 1969/70
3: 1973/74
4: 1975/76

TABLEAU 10 B: Répartition des différents MODES DE SORTIE
des malades ayant présenté une FRACTURE
DU COL FEMORAL de 1965 à 1976.

+ Sans prendre en considération les différentes variétés anatomiques des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, nous nous occuperons des différentes méthodes thérapeutiques et de leur incidence dans le pronostic.

Nous envisagerons 3 situations:

1°) L'abstention thérapeutique ou le traitement orthopédique (il s'agit bien le plus souvent d'abstention thérapeutique; même avec un plâtre à ailettes).

2°) Traitement chirurgical ne permettant pas l'appui immédiat (clou-plaque).

3°) Traitement chirurgical permettant un appui immédiat, (prothèses, clou de Ender).

La répartition des différentes méthodes thérapeutiques, et leur morbidité, s'établissent, de 1965 à 1976, de la manière suivante:

Années	nombre de cas retenus	1 ABSTENTION			2 SANS APPUI			3 AVEC APPUI		
		nombre et %	G	Décès	nombre et %	G	Décès	nombre et %	G	Décès
1965/66	nombre 23 %	13 56%	6 46%	5 38%	9 39%	4 44%	2 22%	1 5%	0 0	0 0
1969/70	nombre 18 %	11 61%	7 64%	3 27%	4 22%	0 0	0 0	3 17%	1 33%	1 33%
1973/74	nombre 35 %	10 28%	5 50%	3 30%	14 41%	9 64%	9 64%	11 31%	5 45%	4 36%
1975/76	nombre 58 %	23 40%	15 65%	10 43%	6 10%	4 67%	1 17%	29 50%	9 31%	8 28%
TOTAL	nombre 134 %	57 42%	33 58%	21 37%	33 25%	17 51%	12 36%	44 33%	15 35%	13 29%

G= Grabataires.

- Le pourcentage de grabataires et de décès est déterminé pour chacune des méthodes.

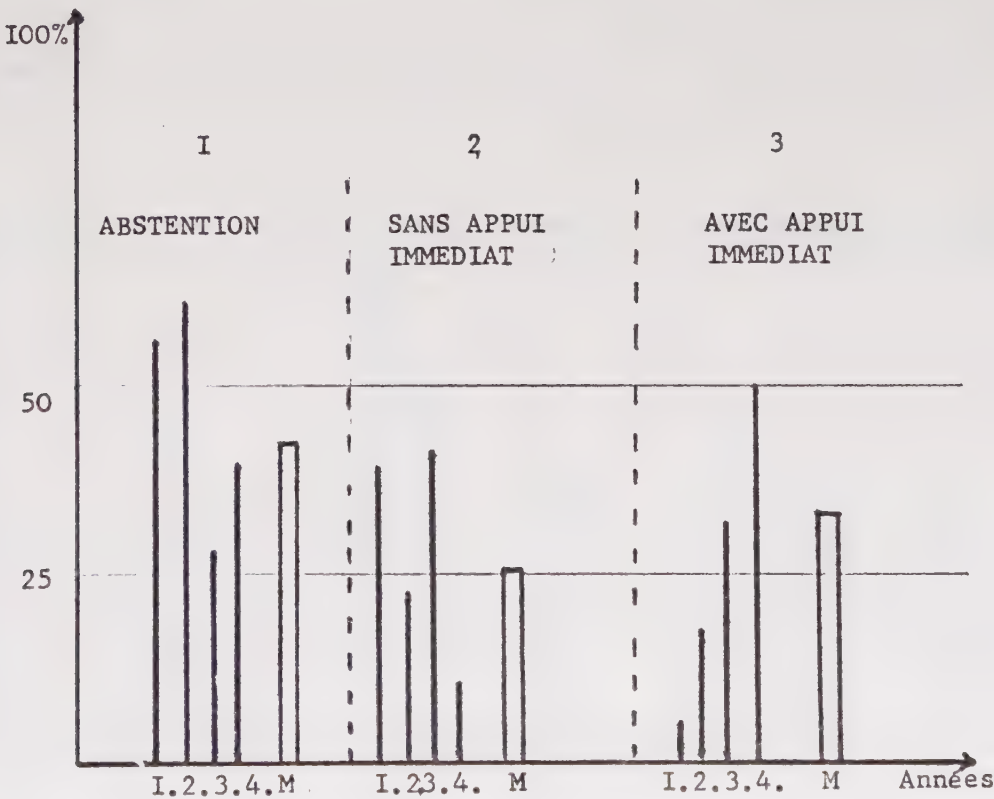
+ On constate donc que:

- L'abstention de thérapeutiques chirurgicales, bien que moins fréquente, représente encore l'attitude adoptée dans près de 40% des cas.

- Les méthodes ne permettant pas l'appui immédiat, constituent environ 25% de l'ensemble de notre série, avec également une tendance à la diminution.

4 Enfin, les méthodes permettant l'appui immédiat sont de plus en plus fréquentes (5 à 50% de 1965 à 1976), constituées avant 1974 de prothèses surtout. Depuis, on trouve de plus en plus de clous de Ender, puisque cette technique est utilisée dans 50% des cas dans notre série en 1975/76.

On sait que cette technique, lorsqu'elle peut être utilisée (fracture trochantérienne) présente l'avantage, outre de permettre l'appui immédiat, d'être peu traumatisante. (Tableau II A).



I:1965/66
2:1969/70
3:1973/74
4:1975/76
M:Moyenne.

TABLEAU II A: Proportions des 3 METHODES
THERAPEUTIQUES des FRACTURES DU
COL FEMORAL de 1965 à 1976.

+ La morbidité de chacune des méthodes thérapeutiques est donc variable:

1 - L'abstention thérapeutique ou les méthodes orthopédiques entraînent:

= 58% d'états grabataires en moyenne.

= 37% de décès, pour l'ensemble des malades.

2 - Les méthodes chirurgicales ne permettant pas l'appui immédiat conduisent à:

= 51% d'états grabataires .

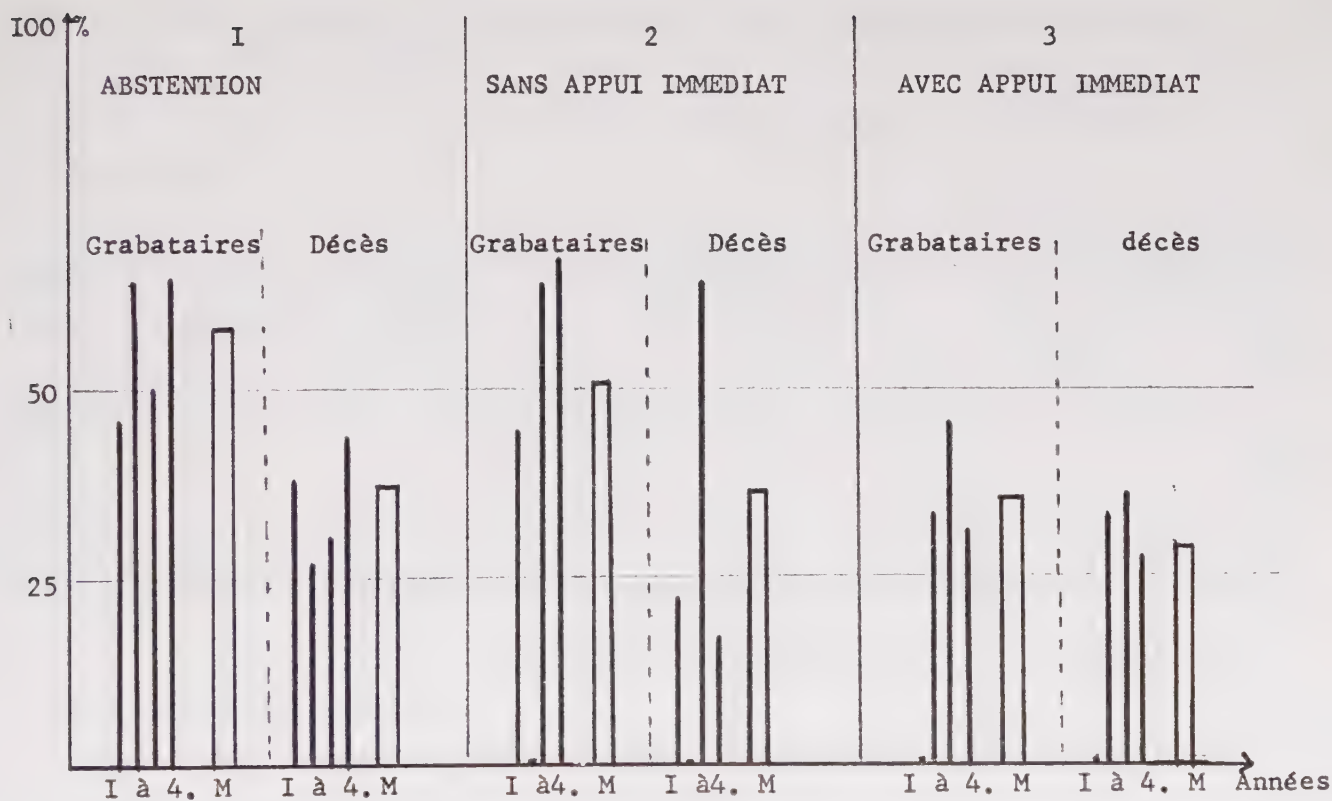
= 36% de décès.

3 - Les méthodes chirurgicales permettant l'appui immédiat entraînent:

= 35% d'états grabataires.

= 29% de décès.

(Tableau II B).



I:1965/66

2:1969/70

3:1973/74

4:1975/76

M:Moyenne.

TABLEAU II B: Proportions de GRABATAIRES et de DECES pour chaque METHODE THERAPEUTIQUE des FRACTURES DU COL FEMORAL de 1965 à 1976.

+ En somme,

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur met bien en jeu le pronostic fonctionnel et vital chez les personnes âgées.

Dans ce service, le nombre de grands vieillards surtout, atteints de cette lésion, ne cesse pas de croître.

Nous avons constaté des résultats encourageants avec des méthodes chirurgicales permettant l'appui immédiat.

Mais trop souvent encore l'abstention thérapeutique est de règle. (40% des cas observés)

Ces "meilleurs" résultats sont encore loin d'être satisfaisants, et les progrès obtenus par la chirurgie ne servent à rien, car celle-ci n'est pas suivie d'une réadaptation intensive et adaptée aux personnes âgées.

b) La pathologie traumatique autre que la fracture du col fémoral.

+ Le nombre de cas observés et l'âge moyen sont les suivants:

Années	Total des traumatismes (rappel)	Traumatismes (sauf col fém.)		% par rapport à l'ensemble de la population âgée	Moyenne d'âge	Moyenne d'âge col fémoral (rappel)
		nombre	%			
I965/66	110	75	68 %	11 %	75,8	79,3
I969/70	70	52	74 %	8 %	77	76,6
I973/74	72	36	50 %	7 %	75,4	80,2
I975/76	161	102	63 %	17 %	77,3	81,7

+ Ces résultats confirment donc l'importance de la pathologie traumatique.

La moyenne d'âge pour ces traumatismes est généralement inférieure à celle des personnes atteintes de fracture du col fémoral.

+ La répartition suivant la nature des lésions

s'effectue ainsi:

Nature des lésions \ Années	1965/66	1969/70	1973/74	1975/76	TOTAL
Traumatismes crâniens	6 (8%)	6 (11%)	3 (8%)	17 (<u>17%</u>)	32 (12%)
Chutes et contusions	11 (15%)	9 (17%)	5 (14%)	24 (<u>23%</u>)	49 (<u>18%</u>)
Fractures du col huméral.	15 (20%)	5 (9%)	2 (6%)	12 (12%)	34 (13%)
Fractures du bassin	6 (8%)	4 (8%)	7 (<u>19%</u>)	14 (<u>14%</u>)	31 (12%)
Lésions des membres inférieurs	18 (24%)	17 (<u>33%</u>)	8 (22%)	22 (21%)	65 (<u>25%</u>)
Traumatismes vertébraux	6 (8%)	4 (8%)	0 0	6 (6%)	16 (6%)
Luxations de l'épaule	4 (5%)	1 (2%)	3 (8%)	2 (2%)	10 (4%)
Fractures du poignet	6 (8%)	3 (6%)	2 (6%)	2 (2%)	13 (5%)
Divers	3 (4%)	3 (6%)	6 (17%)	3 (3%)	15 (5%)
Total:	75 100%	52 100%	36 100%	102 100%	265 100%

+ On note donc:

La grande fréquence

- Des lésions des membres inférieurs: (25%) Il s'agit le plus souvent de fractures de la diaphyse tibiale, ensuite de la diaphyse fémorale, enfin des lésions de la cheville et de l'arrière pied.
- Des traumatismes crâniens et des fractures du bassin (24%)
- Enfin des chutes "simples" et les contusions (18%), qui ont donc motivées l'hospitalisation.

+ Le nombre de grabataires à la suite de ces traumatismes, est le suivant:

Années	Nombre de traumatismes	Grabataires:	
		nombre	%
1965/66	75	4	5%
1969/70	52	12	23%
1973/74	36	13	<u>36%</u>
1975/76	102	27	<u>26%</u>

+ Ainsi, un nombre plus important de personnes deviennent grabataires après une hospitalisation motivée par un traumatisme:

- Les lésions responsables d'une plus forte "grabatisation" sont:

- 1- Les traumatismes crâniens dans 43% des cas.
- 2- Les fractures du bassin: dans 29% des cas.

Leur augmentation depuis 1973 explique en partie le nombre plus élevé de grabataires.

Viennent ensuite:

- 3- Les lésions du rachis dans 24% des cas
 - 4- Les fractures du col huméral dans 24% des cas également,
- aboutissent à l'état grabataire.

+ En somme,

L'ensemble de la pathologie traumatique, dont est exclue la fracture du col fémoral, entraîne moins d'états grabataires que cette dernière.

Cependant, certaines lésions par le "choc" (traumatisme crânien) ou l'immobilisation "thérapeutique" (fractures du bassin) qu'elles provoquent, sont particulièrement menaçantes pour la conservation de l'autonomie.

B- LA PATHOLOGIE CEREbraLE AIGUE

+ Avec une fréquence qui s'est accrue, elle représente, nous l'avons vu, 11% des motifs d'hospitalisation depuis 1974.

+ La moyenne d'âge et la répartition avant et après 80 ans, sont les suivantes:

Années	Nombre de cas	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	39	73,6	29 (74 %)	10 (26 %)
1969/70	58	75,5	37 (64 %)	21 (36 %)
1973/74	66	77,3	42 (64 %)	24 (36 %)
1975/76	62	77,1	36 (58 %)	26 (42 %)

+ Il s'agit donc de malades moins âgées que l'ensemble des personnes de cette population.

+ Les différents degrés de validité à l'entrée et à la sortie s'établissent ainsi:

Années	nombre de cas retenus	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
1965/66	32	8 (25%)	8 (25%)	16 (50%)	8 (25%)	5 (15%)	19 (60%)
1969/70	57	7 (12%)	24 (42%)	26 (46%)	10 (18%)	20 (35%)	27 (47%)
1973/74	66	12 (18%)	22 (33%)	32 (49%)	13 (20%)	16 (24%)	37 (56%)
1975/76	62	10 (16%)	16 (26%)	36 (58%)	10 (16%)	12 (19%)	40 (65%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ On constate donc:

- à l'entrée,

= de moins en moins de personnes valides (25 à 16%)

= moins de personnes semi-valides (26% en 1975/76)

= de plus en plus de grabataires (58% en 1975/76)

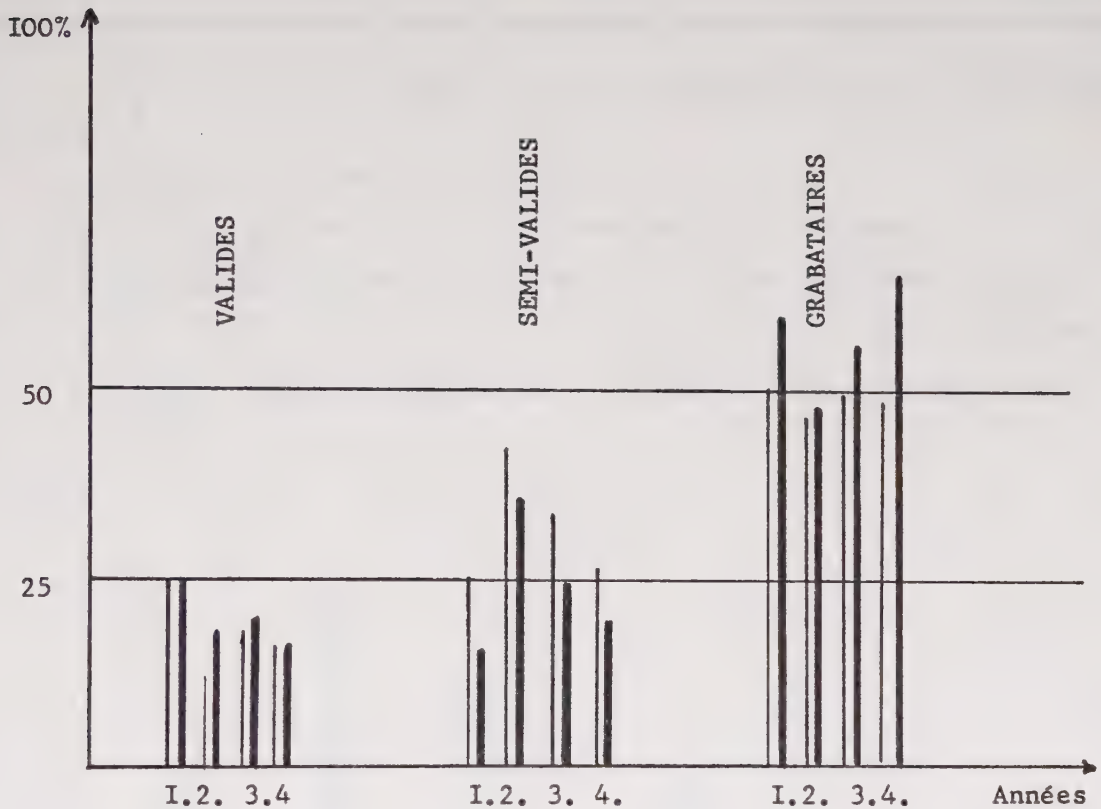
- à la sortie,

= Une proportion de valides presque identique.

= Des semi-valides moins nombreux,

= Des grabataires plus nombreux qu'à l'entrée.

(Tableau I2 A)



— Validité à l'entrée
 ■ Validité à la sortie

I: 1965/66
 2: 1969/70
 3: 1973/74
 4: 1975/76

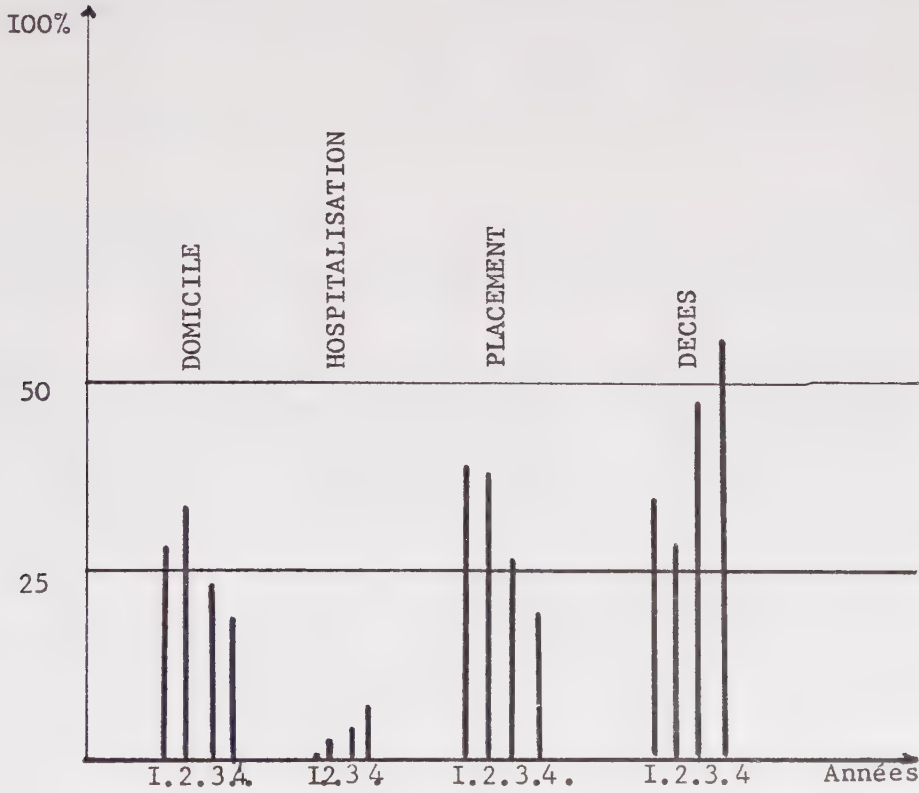
TABLEAU I2 A: Proportions des différents DEGRES
de VALIDITE à l'entrée et à la
 sortie, des malades atteints d'af-
 -fections CEREBRALES AIGUES.

+ Les modes de sortie s'effectuent de la manière suivante:

Années	nombre de cas retenus	MODES DE SORTIE			
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES
I965/66	32 (100%)	9 (28%)	0 0	I2 (38%)	II (34%)
I969/70	57 "	I9 (33%)	I (2%)	2I (37%)	I6 (28%)
I973/74	66 "	I5 (23%)	3 (4%)	I7 (26%)	3I (47%)
I975/75	62 "	I2 (I9%)	4 (7%)	I2 (I9%)	34 (55%)

+ Ainsi, les sorties sont en rapport avec la morbi-
-dité puisque:

- Les retours à domicile sont moins fréquents,
- les placements définitifs sont également moins nombreux,
- l'hospitalisation est par contre un peu plus fréquente, elle est liée en partie à un accroissement des transferts en centres de rééducation.
- Les décès, enfin, représentent plus de la moitié des cas en I975/76. (Tableau I2 B).



I: I965/66
2: I969/70
3: I973/74
4: I975/76

TABLEAU I2 B: Les différents MODES DE SORTIE des malades hospitalisés pour des AFFECTIONS CEREBRALES AIGUES.

+ En somme,

- La pathologie cérébrale aigue ,constituée essentiellement d'atteintes déficitaires d'origine vasculaire, concerne pour une grande part des personnes âgées de moins de 80 ans.

- Les cas admis dans le service sont des atteintes de plus en plus sévères, puisqu'à l'entrée 50% environ sont grabataires.

- On trouve globalement, 8 à 10% de grabataires en plus à la sortie.

- Conséquence de cette morbidité, le taux de décès pour l'ensemble de cette population atteint 55% ces deux dernières années.

C- PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE CHRONIQUE ET MENTALE

+ Elle représente le troisième motif d'hospitalisation ,en augmentation,dans une proportion de 13% en 1975/76.

+ L'âge moyen et la distribution suivant l'âge sont les suivants:

Années	Nombre de cas	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	74 (100%)	76 ans	45 (61 %)	29 (39 %)
1969/70	63 "	77,3 ans	40 (63 %)	23 (37 %)
1973/74	72 "	79,2 ans	39 (54 %)	33 (46 %)
1975/76	78 "	80,8 ans	30 (38 %)	48 (62 %)

+ La moyenne d'âge et la répartition entre les plus et les moins de 80 ans, sont sensiblement identiques à celles de l'ensemble de la population âgée. Cette pathologie atteint, cependant, plus de grands vieillards en 1975/76.

+ La répartition des affections se présente comme

suit:

Années Affections	1965/66		1969/70		1973/74		1975/76		TOTAL	
Détériorations mentales	34	(46%)	21	(33%)	27	(38%)	33	(42%)	115	(40%)
Etats confusionnels	14	(19%)	26	(41%)	20	(27%)	19	(24%)	79	(28%)
"Malaises", vertiges	10	(13%)	3	(5%)	11	(15%)	8	(10%)	32	(11%)
Etats psychotiques Syndromes dépres- -sifs.	11	(15%)	8	(13%)	2	(3%)	5	(6%)	26	(9%)
Parkinson	3	(4%)	3	(5%)	7	(10%)	10	(13%)	23	(8%)
Divers	2	(3%)	2	(3%)	5	(7%)	3	(4%)	12	(4%)
Total	74	100%	63	100%	72	100%	78	100%	287	100%

+ La répartition des différentes affections est à peu près la même depuis 1965. On observe cependant depuis 4 ans plus de détériorations mentales et de syndromes Parkinsonniens, alors que les états psychotiques et syndromes dépressifs sont moins nombreux.

Les états confusionnels représentent la 2ème "affection" par sa fréquence: Ce sont en fait, les confusions d'étiologie le plus souvent indéterminée.

+ La validité de ces malades à l'entrée et à la sortie, s'établit ainsi:

Années	nombre de cas retenus	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
1965/66	55	24 (44%)	15 (27%)	16 (29%)	24 (44%)	15 (27%)	16 (29%)
1969/70	63	33 (52%)	17 (27%)	13 (21%)	34 (54%)	12 (19%)	17 (27%)
1973/74	72	24 (34%)	27 (37%)	21 (29%)	22 (30%)	20 (28%)	30 (42%)
1975/76	78	24 (31%)	27 (35%)	27 (34%)	23 (30%)	22 (28%)	33 (42%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ On observe donc:

- à l'entrée,

- 1/3 environ de personnes valides, moins nombreuses, cependant qu'en 1965/66, ou elles représentaient la moitié des entrées.

- 1/3 de personnes semi-valides, plus nombreuses il y a 11 ans.

- 1/3 de grabataires, de plus en plus nombreux au cours des années.

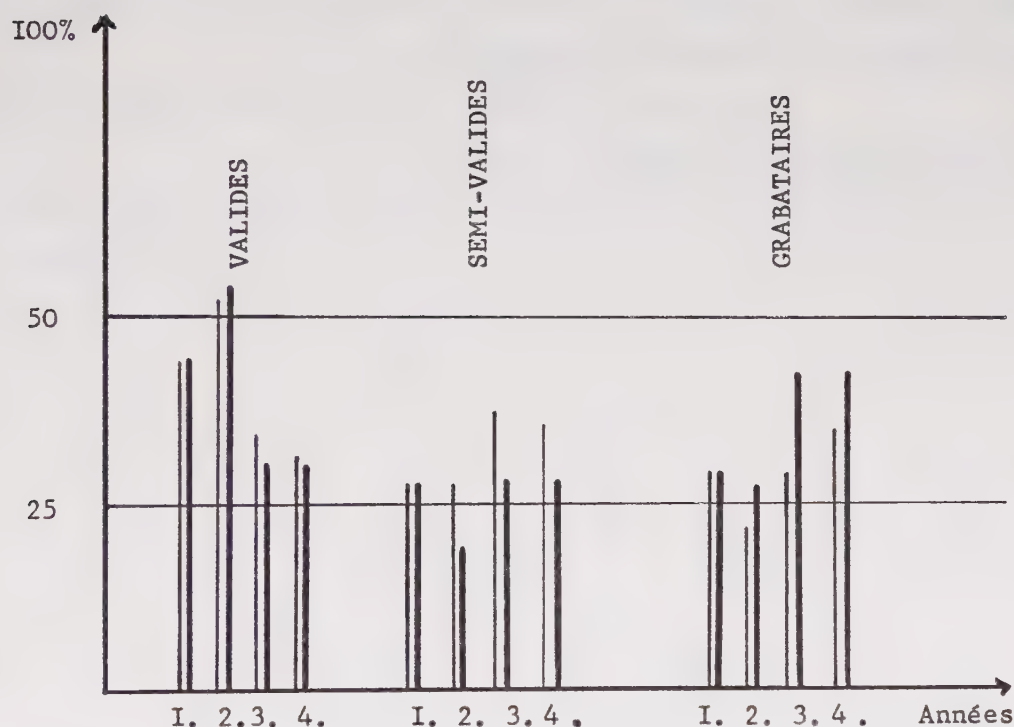
- à la sortie,

- La même proportion de valides.

- Moins de personnes semi-valides (-7 à -9% environ).

- Souvent plus de grabataires (+6 à +13%).

(Tableau I3 A)



— Validité à l'entrée

— Validité à la sortie

1: 1965/66

2: 1969/70

3: 1973/74

4: 1975/76

TABLEAU I3 A: Proportions des différents DEGRES DE VALIDITE, à l'entrée et à la sortie, des malades atteints d'affections NEUROLOGIQUES CHRONIQUES et MENTALES.

+ Les modes de sortie se répartissent de la

façon suivante:

Années	Nombre de cas retenus	MODES DE SORTIE			
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES
1965/66	55 (100%)	16 (30%)	4 (*) (7%)	25 (45%)	10 (18%)
1969/70	63 "	26 (41%)	5 (4) (8%)	19 (30%)	13 (21%)
1973/74	72 "	15 (20%)	6 (4) (8%)	30 (42%)	21 (30%)
1975/76	78 "	15 (19%)	7 (2) (9%)	32 (41%)	24 (31%)

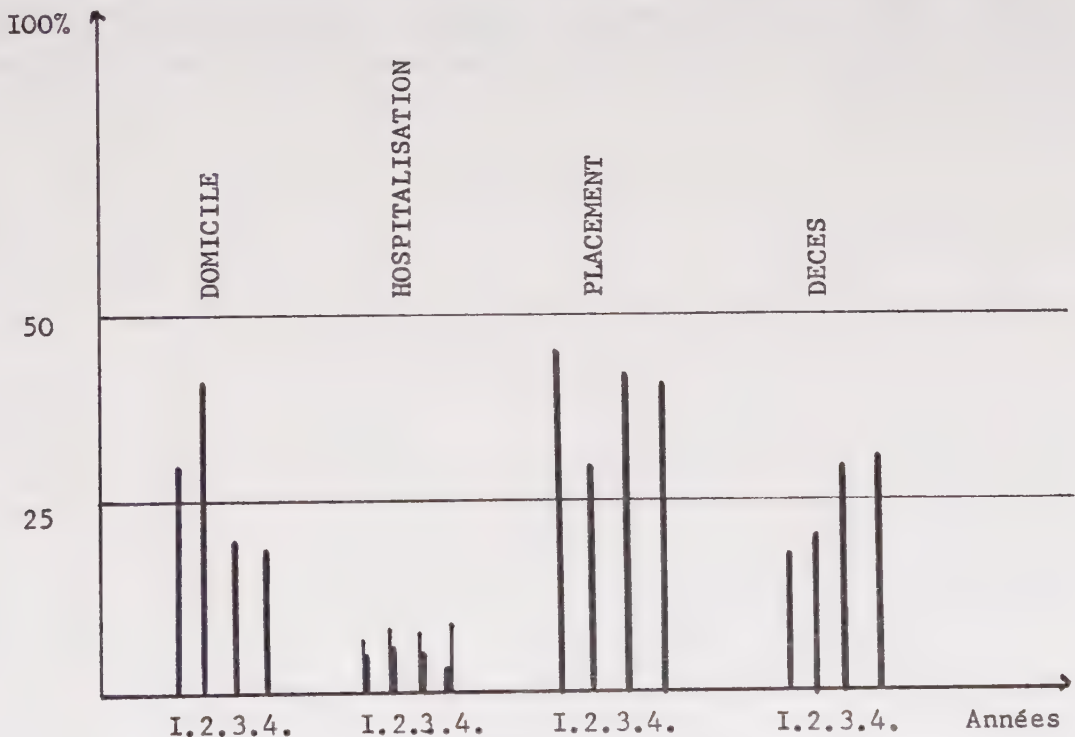
*dont hospitalisation psychiatrique.

+ Les retours au domicile sont donc de moins en moins nombreux (20% des malades seulement depuis 1973)

+ Les hospitalisations restent stables et consistaient jusqu'en 1974, essentiellement en des transferts en milieu psychiatrique.

+ Les placements définitifs représentent le mode de sortie de ces malades le plus fréquent (40% environ)

+ Le nombre de décès, en augmentation, correspond à l'accroissement du nombre de personnes grabataires. (Tableau I3 B)..



— Hospitalisation psychiatrique.

- 1: 1965/66
- 2: 1969/70
- 3: 1973/74
- 4: 1975/76

TABLEAU I3 B: Les différents MODES DE SORTIE des malades hospitalisés pour des affections NEUROLOGIQUES CHRONIQUES et MENTALES.

+ En somme,

- Les malades hospitalisés pour des affections neurologiques et mentales ont un âge sensiblement identique à l'ensemble de la population âgée.

+ Il s'agit surtout de détériorations mentales (démences dégénératives ou artériopathiques) et d'états confusionnels.

- A l'entrée, on observe autant de valides, semi-valides que de grabataires, ces derniers ont tendance depuis quelques années à être plus nombreux.

- En effet, 35% sont grabataires à l'entrée, on en retrouve globalement 6 à 13% de plus à la sortie.

- Reflet de cette morbidité, le taux de mortalité est de 30% pour l'ensemble de cette population.

- Enfin, si la perte de l'autonomie physique est un peu moins fréquente, bien que ces malades semblent plus prédisposés (taux de "grabatisation" élevé pendant le séjour), la dépendance psychique conduit un nombre important de ces personnes à l'hospice ou en maison de retraite (40%).

D- LA PATHOLOGIE CARDIAQUE ET PULMONAIRE

+ L'ensemble de ces affections constituent le 2ème motif d'hospitalisation, par sa fréquence. Cependant son taux très élevé en 1969/70 (25% des entrées) diminue régulièrement (16% en 1975/76).

+ L'âge moyen des malades, et la répartition avant et après 80 ans sont les suivants:

Années	Nombre de cas	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	105 (100%)	77,7 ans	63 (60%)	42 (40%)
1969/70	160 "	79,2 ans	90 (56%)	70 (44%)
1973/74	106 "	80,2 ans	46 (43%)	60 (57%)
1975/76	94 "	79,8 ans	42 (45%)	52 (55%)

+ Il s'agit donc d'une population plus âgée, la proportion de grands vieillards notamment est plus élevée (+5 à +10%) que celle de l'ensemble des personnes âgées.

+ Les différentes affections se répartissent ainsi:

ANNEES AFFECTIONS	1965/66	1969/70	1973/74	1975/76	TOTAL
Affections cardiaques	56 (53%)	89 (56%)	51 (48%)	35 (37%)	231 (50%)
Affections pulmonaires	30 (29%)	51 (32%)	47 (44%)	51 (54%)	179 (38%)
Affections cardio-pulmonaires	19 (18%)	20 (12%)	8 (8%)	8 (9%)	55 (12%)
Total	105 100	160 100	106 100	94 100	465 100

+ On constate donc :

- que les affections cardiaques représentent en moyenne 50% de ce groupe pathologique, mais elles ont cependant tendance à diminuer. Il s'agit :

= d'insuffisances cardiaques (sauf coeur pulmonaire) dans 60% des cas.

= d'insuffisance coronarienne dans environ 20% des cas.

= de troubles du rythme, pour une grande part, dans les 20% restants.

- Les atteintes pulmonaires motivent de plus en plus l'hospitalisation, puisqu'elles représentent en 1975/76 plus de la moitié des entrées de cette population. Il s'agit le plus souvent de pneumopathies ou de broncho-pneumopathies infectieuses.

- Les affections cardio-pulmonaires sont surtout représentées par des décompensations cardiaques après une atteinte pulmonaire aiguë, qu'elle arrive chez un insuffisant respiratoire chronique ou non.

On trouve très peu de malades adressés pour embolie pulmonaire (difficulté diagnostique, pathologie sévère).

- Il n'y a pas de différences dans la répartition avant ou après 80 ans, des malades atteints, d'affections cardiaques d'une part, et pulmonaires d'autre part.

- Le fait que notre population comprenne :

- d'une part des personnes venant d'un autre hôpital (les plus nombreux), après la phase aiguë,

- d'autre part des malades en phase aiguë, venant directement de chez eux,

ne permet pas d'établir des pronostics sur l'évolution de ces affections chez les personnes âgées.

- Nous allons néanmoins tenter d'établir dans quelle mesure cette pathologie est responsable de "grabatisation".

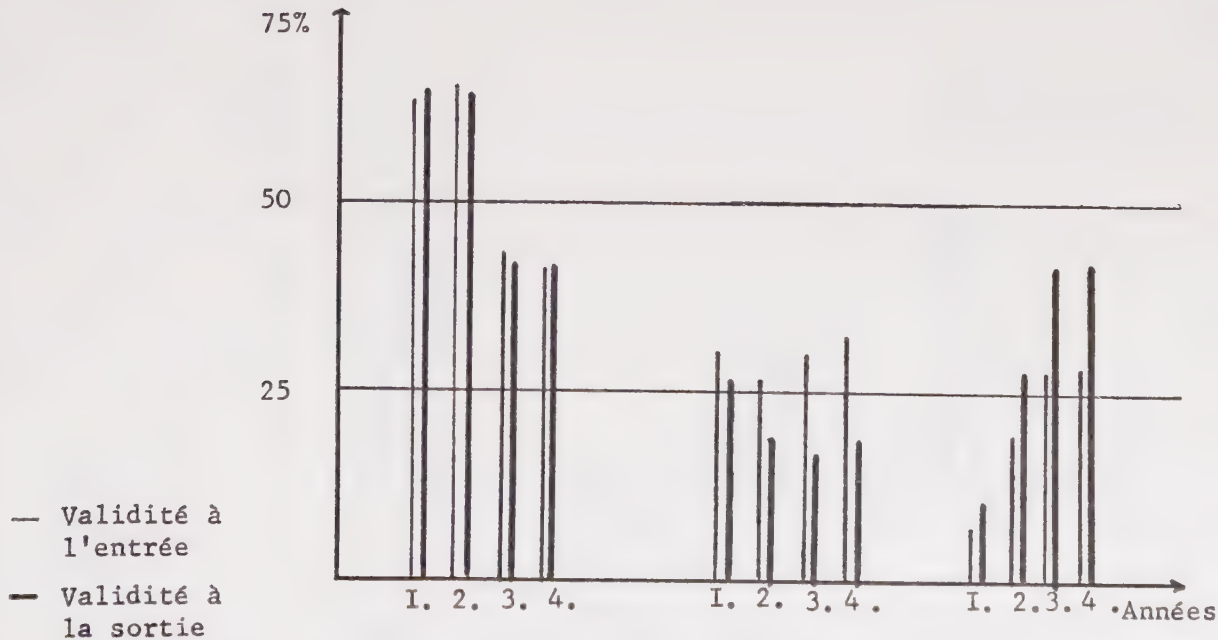
+ La répartition des différents degrés de validité à l'entrée et à la sortie,est la suivante:

ANNEES	Nombre de cas retenus	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
1965/66	73 (100%)	46 (63%)	22 (30%)	5 (7%)	46 (64%)	19 (26%)	8 (10%)
1969/70	159 "	103 (65%)	42 (26%)	14 (9%)	102 (64%)	30 (19%)	27 (17%)
1973/74	105 "	45 (43%)	32 (30%)	28 (27%)	43 (42%)	18 (17%)	44 (41%)
1975/76	94 "	39 (41%)	30 (32%)	25 (27%)	38 (41%)	17 (18%)	39 (41%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ Ainsi,cette population est constituée:

- à l'entrée
 - = essentiellement de personnes valides,mais moins nombreuses de 1965 à 1976 puisque elles passent de 63% à 41%.
 - = de semi-valides,dans une même proportion (30% environ),
 - = de grabataires, dont le taux augmente de 7 à 27% ,
- à la sortie
 - au cours de cette période.
 - = Le nombre de valides est identique
 - = les semi-valides sont moins nombreux,(20% environ)
 - = On trouve près de 40% de grabataires,depuis 1973,soit 14% de plus qu'à l'entrée. . (Tableau I4 A).



1:1965/66 3:1973/74
2:1969/70 4:1975/76

TABLEAU I4A: VALIDITE à l'entrée et à la sortie, des malades hospitalisés pour des affections CARDIAQUES et PULMONAIRES

+ Les modes de sortie se répartissent de la façon suivante:

ANNEES	Nombre de cas	MODES DE SORTIE			
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES
I965/66	73 (100%)	53 (74%)	3 (4%)	7 (10%)	10 (12%)
I969/70	I59	97 (61%)	3 (2%)	33 (21%)	26 (16%)
I973/74	I05 "	36 (35%)	0 0	28 (27%)	41 (38%)
I975/76	94 "	39 (42%)	I (1%)	I8 (19%)	36 (38%)

+ Ainsi, les sorties sont fonctions de la morbi-
-dité, puisque l'on constate:

- Une diminution des retours à domicile (74 à 42%)
- Un nombre de placements plus élevé, mais de proportion identique à l'ensemble de la population âgée (20 à 25%)
- Un taux de mortalité qui est plus important, et qui s'établit depuis I973 à 38%. (Tableau I4 B).

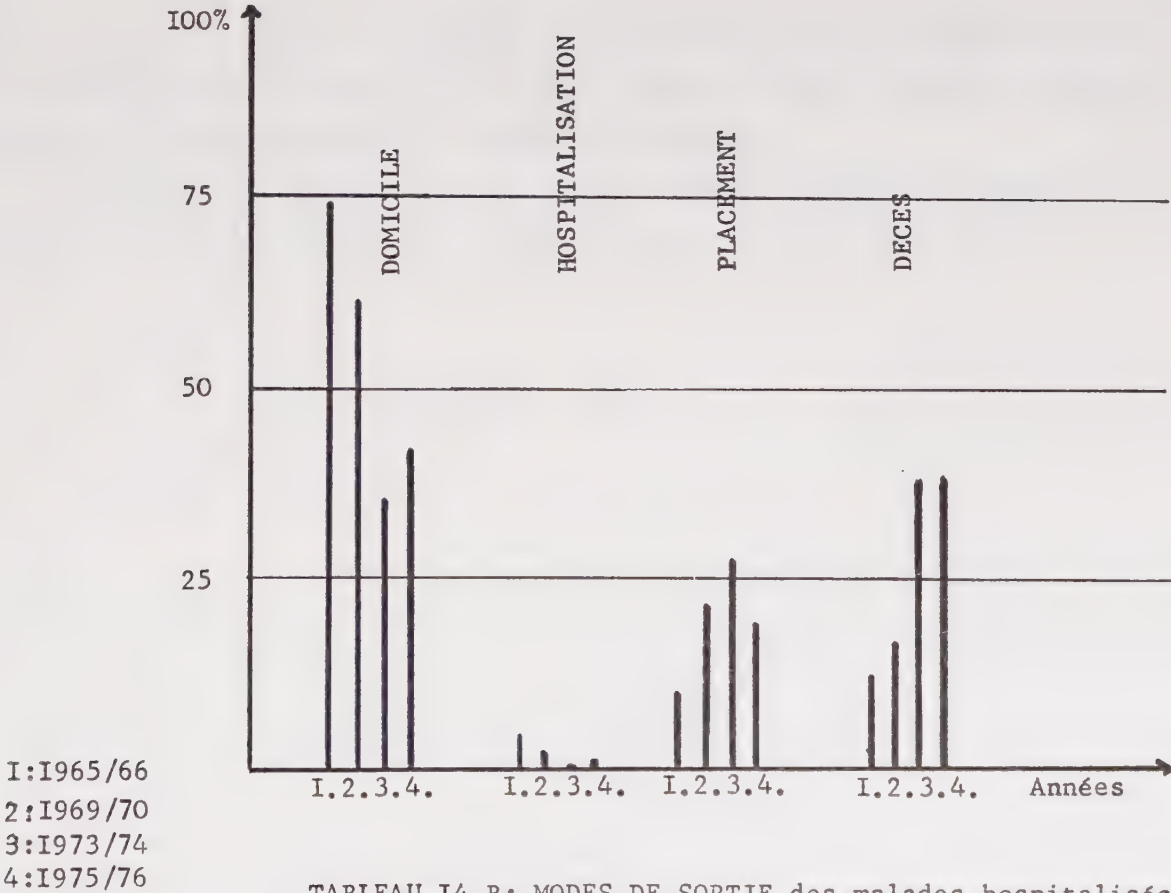


TABLEAU I4 B: MODES DE SORTIE des malades hospitalisés
pour des affections CARDIAQUES et
PULMONAIRES

+ En somme,

- Les malades hospitalisés pour des affections cardiaques et pulmonaires, sont le plus souvent des personnes très âgées, plus que l'en-semble de notre population.

- Il y a 11 ans, il s'agissait surtout d'insuffisances cardiaques peu sévères, ne compromettant pas l'autonomie.

- Actuellement ce sont surtout des infections broncho-pulmonaires, survenant donc chez de grands vieillards.

- Il en résulte que 40% de ces malades sont grabataires à l'entrée.

- A la sortie, on trouve 14% de grabataires en plus, qui le sont donc devenus pendant le séjour.

- Ainsi le taux de décès pour l'ensemble de cette population atteint actuellement 38%.

- Cette pathologie est un exemple particulièrement évident de ces affections qui bénéficient actuellement de moyens médicaux efficaces permettant la diminution de la mortalité immédiate.

Mais si ces moyens ne sont pas accompagnés de mesures adaptées aux personnes âgées, ils entraînent la constitution de l'état grabataire.

E- LA PATHOLOGIE NEOPLASIQUE

+ Elle ne représente que 8% des motifs d'hospitalisation en 1975/76, et nous l'avons vu, sa fréquence a légèrement diminué.

+ La moyenne d'âge et la répartition des malades avant et après 80 ans sont les suivants:

Années	Nombre de cas	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	75 (100%)	73,7 ans	62 (83%)	13 (17%)
1969/70	59 "	73,3 ans	45 (76%)	14 (24%)
1973/74	44 "	78,2 ans	22 (50%)	22 (50%)
1975/76	46 "	76,2 ans	27 (59%)	19 (41%)

+ Il s'agit donc le plus souvent de personnes de moins de 80 ans, bien que le nombre de grands vieillards atteints d'affections malignes patentes soit de plus en plus important;

+ La répartition globale sur les 8 années, regroupant ainsi 224 affections néoplasiques, est la suivante:

Cancers digestifs: 104 (46%) : 2/3 d'origine recto-colique.
Cancers génitaux : 57 (25%) : 1/2 d'origine mammaire.
Cancers urinaires: 18 (8%) .
Hémopathies : 14 (6%) : 3/4 sont des myélomes.
Cancers neurologiques: 10 (5%) .
Divers : 21 (10%) : 1/3 d'origine cutanée.

+ Donc les cancers digestifs et génitaux constituent dans cette série 81% de la pathologie maligne de la femme âgée.

Nous avons vu que cette pathologie est observée dans cette population chez les personnes de moins de 80 ans surtout, sauf:

- Le myélome, qui est également réparti entre les moins et les plus de 80 ans.

- Les cancers cutanés qui sont presque tous retrouvés dans cette série chez de grands vieillards (6 sur 7).

+ Le degré de validité de ces malades est certes très limité, puisque l'on observe en 1975/76:

- à l'entrée: 25% de personnes valides seulement,
35% de semi-valides,
40% de grabataires
- à la sortie: 25% de valides,
20% de semi-valides,
55% de grabataires.

Il s'agit de plus en plus d'évolutions néoplasiques terminales.

+ Les modes de sortie en témoignent, puisqu'en

1975/76:

- 15% de personnes seulement rentrent chez elles. (elles étaient encore 25 à 30% il y a quelques années).
- 10% environ sont transférées dans un autre centre hospitalier, en milieu chirurgical le plus souvent.
- 20% vont en hospice ou en maison de retraite (elles étaient 35% en 1965/66).
- Enfin, 55% décèdent dans le service.

+ En somme,

- La pathologie néoplasique rencontrée atteint surtout des femmes de moins de 80 ans, elle essentiellement d'origine digestive (recto-colique) et génitale (sein).

-- Il s'agit de plus en plus de malades en phase terminale, puisqu'à l'entrée 40% sont grabataires.

- Il en résulte un taux de décès dans le service de 55%, pour l'ensemble de cette population.

- Si on peut parler d'état grabataire inévitable, il faut souligner que ces personnes, comme pour les autres, entrent dans cet état plus ou moins rapidement, selon l'attitude adoptée à leur égard.

E- PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE

+ Il s'agit donc de la pathologie rhumatismale dégénérative ou inflammatoire, ainsi que de l'orthopédie non traumatique qui en est souvent la conséquence.

Comme il a été déjà souligné, le motif d'hospitalisation "arthrose" ou "polyarthrose" s'accompagne souvent du "ne peut vivre seul" ou "difficulté à habiter au 4ème étage".

Cette pathologie ne motive l'hospitalisation que dans 3 à 4% des entrées.

+ Ce sont souvent des personnes âgées de moins de 80 ans (60 à 70%), on pouvait s'attendre à l'inverse.

+ Les 86 cas rencontrés depuis 1965 se répartissent de la manière suivante:

- <u>Polyarthrites rhumatoïdes</u> :	18	(21%)
- <u>Coxarthroses</u> :	16	(19%)
- <u>Lombarthroses</u> :	20	(23%)
- <u>"Polyarthroses"</u> :	17	(20%)
- <u>Divers</u> :	15	(17%)
	<u>86</u>	<u>100%</u>

+ La répartition des malades suivant le degré de de validité à l'entrée et à la sortie, est la suivante:

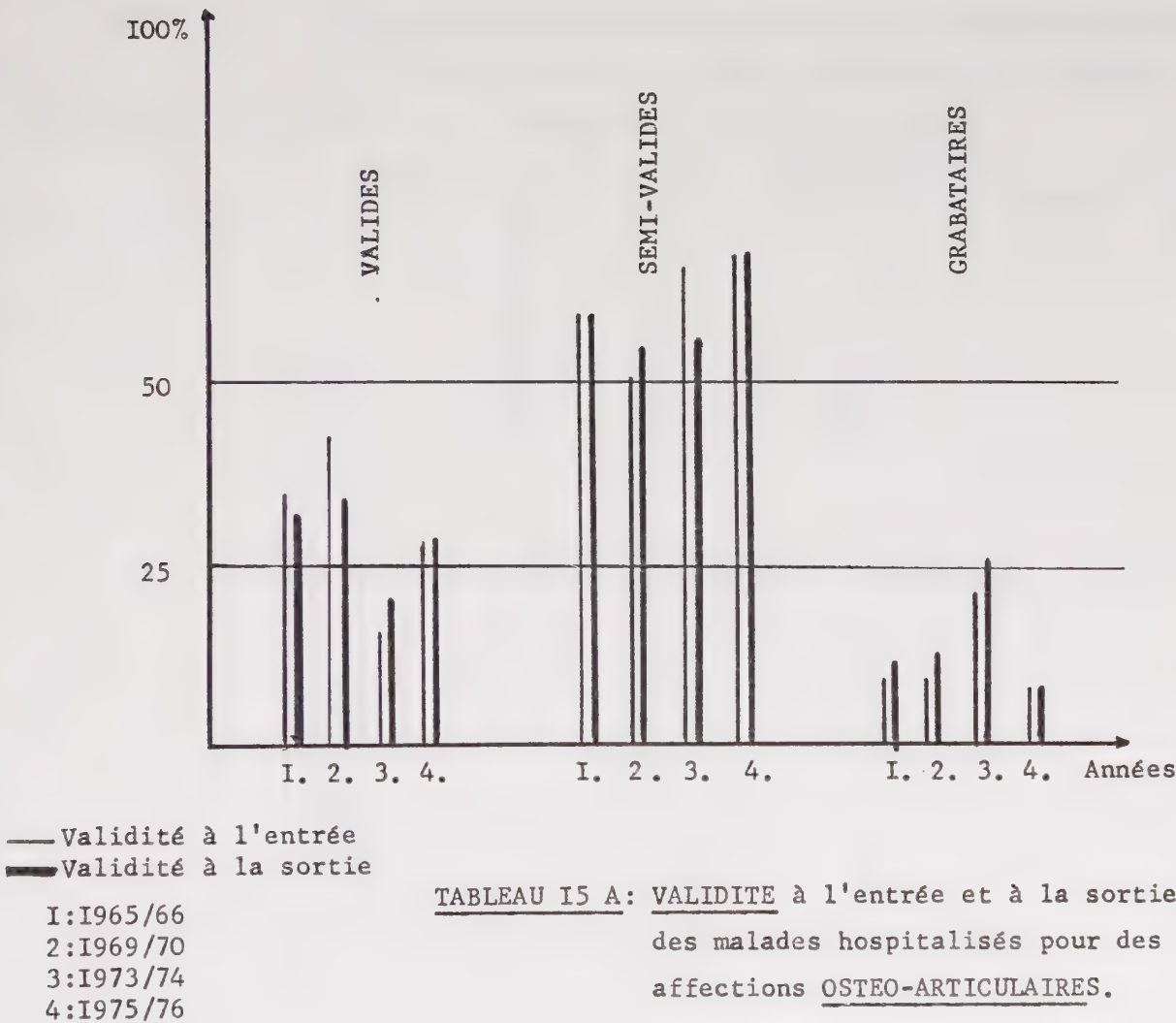
Années	Nombre de cas	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
1965/66	26 (100%)	9 (34%)	15 (58%)	2 (8%)	8 (31%)	15 (58%)	3 (11%)
1969/70	24 "	10 (42%)	12 (50%)	2 (8%)	8 (33%)	13 (54%)	3 (13%)
1973/74	20 "	3 (15%)	13 (65%)	4 (20%)	4 (20%)	11 (55%)	5 (25%)
1975/76	15 "	4 (27%)	10 (67%)	1 (6%)	4 (27%)	10 (67%)	1 (6%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ On constate donc :

- à l'entrée,
 - = 30% de valides environ, de moins en moins nombreux.
 - = de 58 à 67% de semi-valides, qui constituent évidemment la catégorie la plus importante.
 - = 8 à 10% de grabataires.
- à la sortie,
 - = Le nombre de personnes valides est légèrement inférieur.
 - = Les semi-valides sont aussi nombreux.
 - = Le nombre de grabataires est un peu plus important.

(Tableau I5 A).



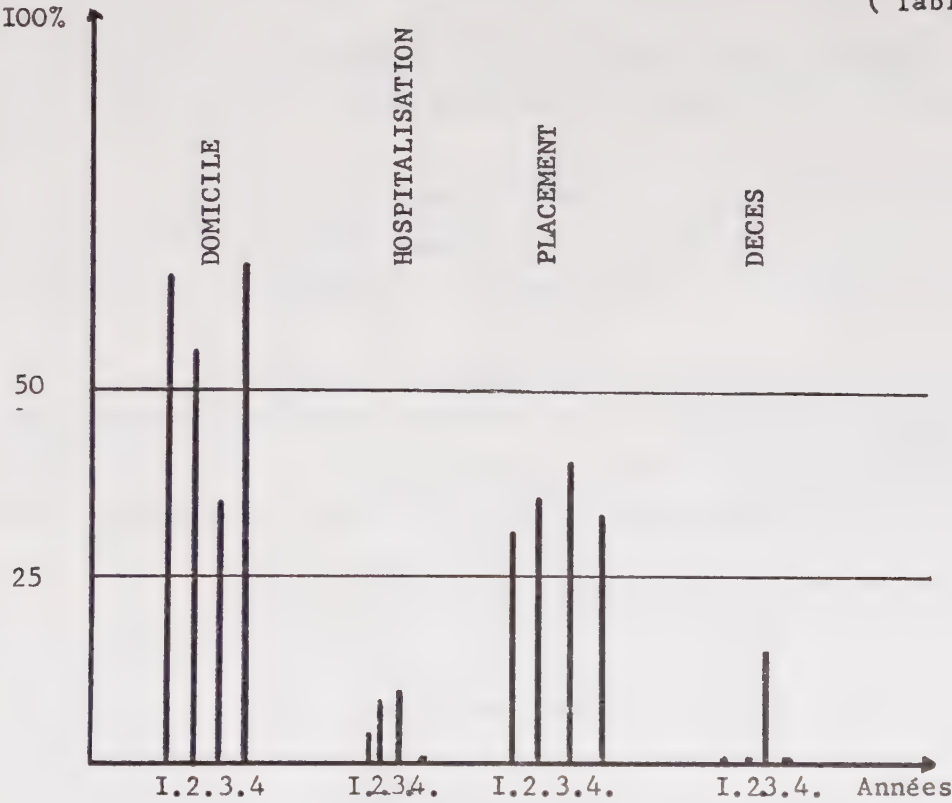
+ Les modes de sortie s'effectuent de la manière suivante:

Années	Nombre de cas	MODES DE SORTIE			
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES
I965/66	23 (100%)	15 (65%)	1 (4%)	7 (31%)	0 0
I969/70	23 "	13 (56%)	2 (9%)	8 (35%)	0 0
I973/74	20 "	7 (35%)	2 (10%)	8 (40%)	3 (15%)
I975/76	15 "	10 (67%)	0 0	5 (33%)	0 0

+ Ainsi, cette pathologie, isolée, n'est pas très morbide, puisque:

- = Plus de la moitié des personnes retournent chez elles,
- = quelques unes sont hospitalisées dans d'autres services,
- = un tiers environ sont placées en hospice ou en maison de retraite(10% de plus que l'ensemble de la population âgée),
- = enfin, le nombre de décès est très faible.

(Tableau I5 B).



I:I965/66
2:I969/70
3:I973/74
4:I975/76

TABLEAU I5 B: MODES DE SORTIE des malades hospitalisés pour des affections OSTEO-ARTICULAIRES.

+ Il faut souligner pour cette pathologie la durée de séjour, qui est la suivante:

<u>ANNEES</u>	<u>DUREE DE SEJOUR de L'ENSEMBLE</u> <u>de la population (tout âge)</u>	<u>DUREE DE SEJOUR pour la</u> <u>population de CETTE</u> <u>PATHOLOGIE.</u>
1965/66	34,2 jours	38,5 jours
1969/70	44,3 jours	58,3 jours
1973/74	52,8 jours	62,6 jours
1975/76	43,4 jours	49,1 jours

+ Une durée de séjour qui est donc plus longue chez les personnes hospitalisées pour des affections ostéo-articulaires , (+ 10 jours en moyenne).

+ En somme,

- La pathologie ostéo-articulaire, peu fréquente comme motif d'hospitalisation, concerne surtout des personnes âgées de moins de 80 ans.

- Il s'agit essentiellement de personnes semi-valides (2/3) les états grabataires sont peu nombreux, ils sont dus pour une grande part à des polyarthrites rhumatoïdes, des gonarthroses ou coxarthroses invalidantes.

- Fonction de cette morbidité, les sorties se font surtout par le retour au domicile, mais également par le placement définitif (30%).

Ce dernier mode de sortie explique en partie une durée de séjour généralement plus élevée pour cette catégorie de malades.

- On met donc en évidence le caractère social qui accompagne fréquemment cette pathologie.

Il s'agit en effet de personnes souvent autonomes, mais étant partiellement gênées dans la vie courante.

L'hospitalisation conduit ainsi au placement définitif, ou constitue chez ces personnes âgées une sorte de répit pour elles mêmes ou pour leur famille.

F- LA PATHOLOGIE POST OPERATOIRE

+ Elle est de moins en moins fréquente. Il s'agit surtout de convalescences après des interventions abdominales (cholecystectomies - parois abdominales - occlusions) et d'interventions oculaires (cataracte essentiellement).

+ Sur les 8 années, on trouve 96 cas, avec seulement 3 états grabataires (une cataracte, deux occlusions). Il n'y a eu qu'un décès dans le service.

G- LA PATHOLOGIE DIGESTIVE

+ Elle représente 4 à 5% des motifs d'hospitalisation (pathologie néoplasique et post-opératoire exceptées).

+ Au cours de 8 années 108 personnes sont entrées pour troubles digestifs.

+ 60% environ sont valides, 20% sont ou deviennent grabataires (22).

Chez ces 22 personnes grabataires dont 14 ont plus de 80 ans on trouve:

- = 5 occlusions - 2 décès.
- = 4 diarrhées dont 2 mélénas - 4 décès.
- = 4 hématoméses - 3 décès.
- = 4 "hépatites" - 3 décès.
- = 5 troubles digestifs divers (anorexie - vomissements)
- 5 décès.

+ Il s'agit fréquemment de personnes grabataires venant directement de chez elles, qui présentent des troubles digestifs accompagnés d'un état général très précaire. Il se pose alors le problème des investigations qui sont rendues impossibles par cet état.

H- LA PATHOLOGIE ARTERITIQUE

+ 32 cas seulement ont motivé l'hospitalisation.

+ Il s'agit de:

= 22 amputations conduisant 13 fois à l'état grabataire.

= 10 artérites non compliquées ou l'on trouve 3 états grabataires.

22 personnes sont diabétiques.

+ Au total donc;

= 50 % de grabataires;

= 25 % de décès dans le service.

I- LA PATHOLOGIE VEINEUSE

+ 63 cas au total répartis de la façon suivante:

= 49 ulcères variqueux,

= 14 phlébites.

+ 3 personnes sont devenus grabataires, 2 après une phlébite, 1 après une greffe d'ulcère. 2 décèdent dans le service.

+ Il faut signaler la durée de séjour de ces malades:

DUREE DE SEJOUR

<u>ANNEES</u>	:	<u>ENSEMBLE DE LA POPULATION</u>	:	<u>PATHOLOGIE VEINEUSE</u>
	:	(tout âge)	:	
	:		:	
1965/66	:	34,2 jours	:	38,6 jours
	:		:	
1969/70	:	44,3 jours	:	56,5 jours
	:		:	
1973/74	:	52,8 jours	:	108,5 jours
	:		:	
1975/76	:	43,4 jours	:	51,3 jours
	:		:	

Un temps d'hospitalisation particulièrement long qui s'explique, bien entendu par les soins "interminables" des plaies variqueuses.

J- LA PATHOLOGIE ETHYLIQUE

+ 56 cas observés en 8 ans, soit 2 à 3% des motifs d'hospitalisation.

+ L'âge moyen est de 68,1 ans. 3 personnes seulement ont plus de 80 ans.

+ Les différentes formes de l'intoxication éthylique sont les suivantes:

- = 27 cirrhoses décompensées,
- = 16 cirrhoses compensées,
- = 13 formes diverses.

Ce sont donc le plus souvent des atteintes sévères, puisque près de 50% sont au stade de décompensation, ascitiques essentiellement.

Dans les formes diverses, on trouve les manifestations neurologiques et métaboliques, mais surtout les conséquences de l'intoxication aiguë (chutes par exemple).

+ Les degrés de validité se répartissent ainsi:

- = 75% de valides,
- = 10 à 15% de semi-valides,
- = 10 à 15% de grabataires.

+ Les modes de sortie sont les suivants:

- = 60% de retours au domicile,
- = 7% d'hospitalisation,
- = 20% de placements
- = 13% de décès.

+ Il s'agit donc d'une pathologie souvent compliquée atteignant les personnes âgées vers 65 - 70 ans. Le plus souvent elles sont valides et rentrent chez elles après "une poussée".

10 à 15% de grabataires, 13% de décès pour l'ensemble de cette population: ce sont essentiellement des stades terminaux.

K- LA "PATHOLOGIE" SOCIALE.

+ Sont donc regroupés sous ce terme les motifs d'hospitalisation qui sont liés à une cause non médicale:

- Solitude brutale,
- mauvaises conditions de logement,
- cessation de prise en charge par la famille,
- bilan avant placement, qui correspond en fait souvent à une attente avant placement.

On inclura dans ce groupe également deux états qui sont autant sociaux que médicaux:

- Les états de misère physiologique
- Les états grabataires sans causes apparentes.

Enfin, il faut rappeler que l'on trouve souvent une cause sociale derrière une pathologie déclenchante ou de prétexte (troubles vasculaires cérébraux - polyarthrose etc...).

+ Le nombre de cas observés, leur moyenne d'âge, et leur répartition avant et après 80 ans sont les suivants:

ANNEES	Nombre de cas	Moyenne d'âge	MOINS de 80 ans	PLUS de 80 ans
1965/66	29 (100%)	83,4 ans	8 (28%)	21 (72%)
1969/70	22 "	82,2 ans	5 (23%)	17 (77%)
1973/74	19 "	78,7 ans	9 (48%)	10 (52%)
1975/76	23 "	81 ans	10 (43%)	13 (57%)

+ Il s'agit donc d'une population comprenant essentiellement des grands vieillards. On note cependant que la proportion de personnes de plus de 80 ans est en diminution, alors qu'il existe le phénomène inverse pour l'ensemble de la population âgée;

-Les problèmes sociaux apparaissent-ils chez des personnes de plus en plus jeunes? (prise en charge par les familles moins fréquentes, solitude plus précoce)

- Ou bien les problèmes sociaux sont-ils plus souvent "masqués" par une pathologie, chez les grands vieillards?

+ Les différents degrés de validité à l'entrée et à la sortie, s'établissent ainsi:

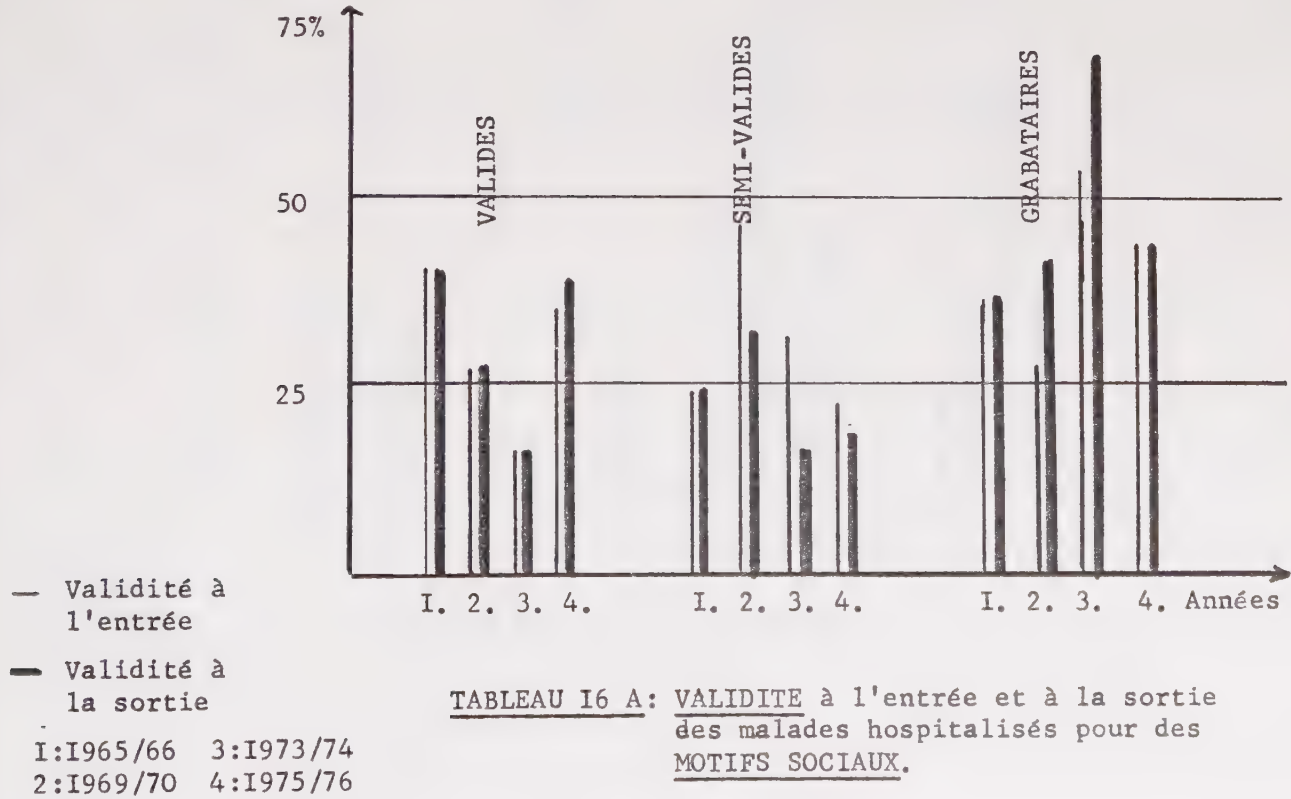
ANNEES	Nombre de cas retenus	ENTREES			SORTIES		
		V	S-V	G	V	S-V	G
I965/66	25	10 (40%)	6 (24%)	9 (36%)	10 (40%)	6 (24%)	9 (36%)
I969/70	22	6 (27%)	10 (46%)	6 (27%)	6 (27%)	7 (32%)	9 (41%)
I973/74	19	3 (16%)	6 (31%)	10 (53%)	3 (16%)	3 (16%)	13 (68%)
I975/76	23	8 (35%)	5 (22%)	10 (43%)	9 (39%)	4 (18%)	10 (43%)

V= Valides; S-V= Semi-valides; G= Grabataires.

+ On observe donc:

- à l'entrée,
 - = De moins en moins de valides
 - = un nombre de semi-valides également en diminution
 - = de plus en plus de grabataires.
- à la sortie,
 - = Le nombre de valides est identique
 - = les semi-valides sont moins nombreux
 - = une forte proportion de grabataires (+10 à +15% certaines années).

(Tableau I6 A).

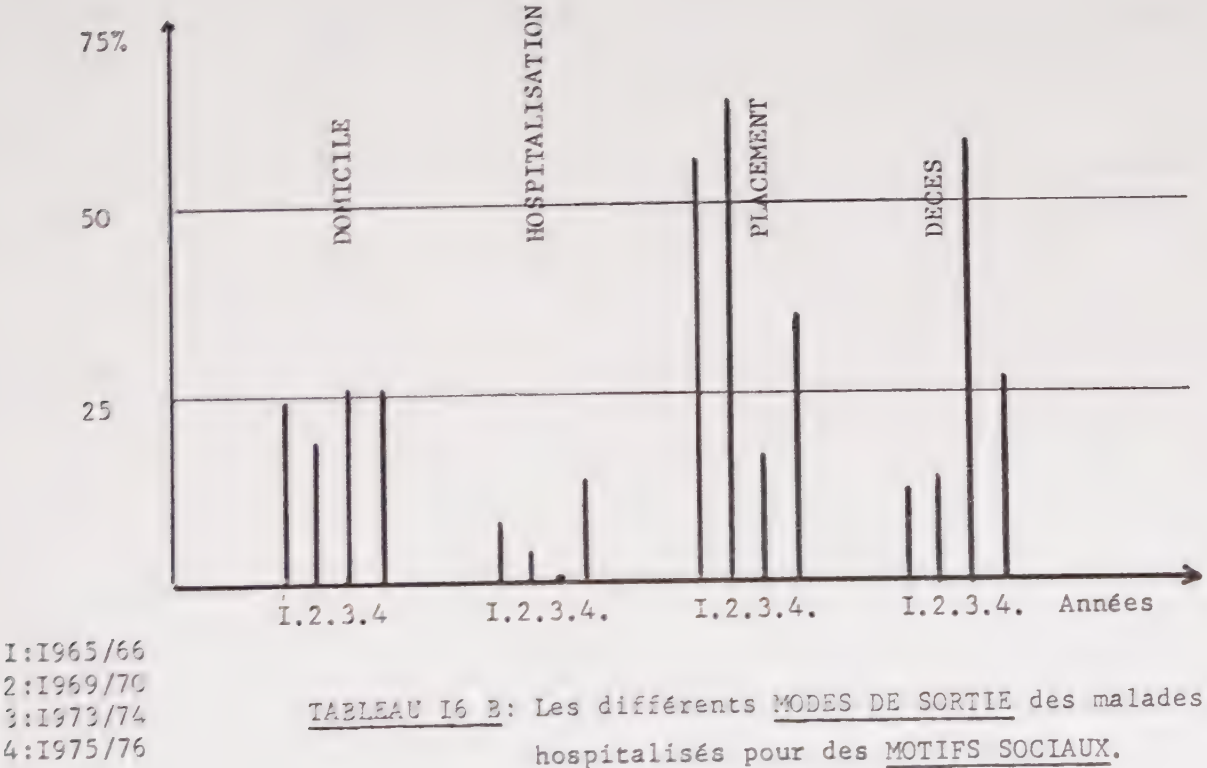


+ Les modes de sortie se sont effectués de 1965 à 1976 de la façon suivante:

ANNEES	Nombre de cas	MODES DE SORTIE			
		DOMICILE	HOPITAL	PLACEMENT	DECES
1965/66	25 (100%)	6 (24%)	2 (8%)	14 (56%)	3 (12%)
1969/70	22 "	4 (18%)	1 (4%)	14 (64%)	3 (14%)
1973/74	19 "	5 (26%)	0 0	3 (16%)	11 (58%)
1975/76	23 "	6 (26%)	3 (13%)	8 (35%)	8 (26%)

+ On peut donc constater:

- = Des retours au domicile limités à 1/4 de lapopulation,
- = des transferts dans d'autres hopitaux un peu plus nom-
breux.
- = des placements définitifs très nombreux, qui malgré une diminution depuis quelques années restent fréquents (35%).
- = enfin, des décès plus nombreux. L'année 1973/74 est à cet égard très sombre (58% de décès). (Tableau I6 B)



+ En somme,

- Cette "pathologie" sociale intéresse surtout des personnes très âgées.

- Ce caractère social se traduisait il y a encore quelques années par un taux très important de placements en hospice ou en maison de retraite (60% environ). Il s'agissait alors de personnes valides ou semi-valides dans plus de 70% des cas.

- Mais de plus en plus ces personnes sont grabataires (prés de 50% des entrées) . Il en résulte un taux de décès global de 30% environ . Les placements définitifs sont moins nombreux.

- Ce sont donc ces grands vieillards déjà peu autonomes, ne pouvant plus vivre seuls chez eux ou dans leur famille, qui se "grabatisent" rapidement dans le service, pour aboutir au décès généralement précoce.

- Donc si les problèmes sociaux apparaissent dans ces cas avec plus d'acuité, ils ne font qu'aggraver des dégradations de l'état général dont les causes sont plus certainement d'origine psychique ou organique.

- Le transfert en milieu hospitalier n'arrange pas la situation.

EN RESUME,

de l'étude des MOTIFS D'HOSPITALISATION, et afin d'établir pour chacun, leur responsabilité dans l'apparition de l'état grabataire, nous reprendrons les 3 données suivantes:

1°) Le nombre de grabataires (G) pour chacun des groupes de pathologie.

2°) Le taux de "grabatisation" (G/T), rapport du $\frac{\text{nombre de grabataires}}{\text{nombre de cas observés}}$ pour chacun des motifs d'hospitalisation.

3°) La part respective de chaque affection d'entrée, comme cause de l'état grabataire. (G/GT).

Il s'agit donc du $\frac{\text{nombre de grabataires pour un groupe d'affections}}{\text{nombre de grabataires total}}$

Ces résultats, pour chacune des périodes considérées, sont les suivants: (Tableau I7).

PATHOLOGIE D'ENTREE	1965/66			1969/70			1973/74			1975/76		
	G	G/T	G/GT	G	G/T	G/GT	G	G/T	G/GT	G	G/T	G/GT
P. TRAUMATIQUE Col fémoral	10	44%	10%	8	44%	5%	19	54%	9%	28	48%	12%
Autres	4	5%	4%	12	23%	7%	13	36%	6%	27	26%	12%
Total	14	13%	14%	20	28%	12%	32	44%	15%	55	34%	24%
P. CEREBRALE AIGUE	19	60%	20%	27	47%	17%	37	56%	18%	40	65%	17%
P. NEUROLOGIQUE CHRONIQUE-MENTALE	16	29%	17%	17	27%	10%	30	42%	14%	33	42%	14%
P. CARDIAQUE et PULMONAIRE	8	10%	8%	27	17%	17%	44	41%	21%	39	41%	17%
P. NEOPLASIQUE	19	35%	20%	26	46%	16%	22	50%	11%	26	56%	11%
P. OSTEO-ARTICULAIRE	3	11%	3%	3	13%	2%	5	25%	3%	1	6%	0,5%
P. DIGESTIVE	4	18%	4%	6	18%	4%	5	38%	3%	8	27%	3%
P. ARTERITIQUE	3	23%	3%	9	69%	6%	3	33%	1%	2	50%	1%
P. VEINEUSE	0	0	0	1	9%	1%	4	16%	2%	1	12%	0,5%
P. ETHYLIQUE	1	5%	1%	5	28%	3%	1	14%	1%	3	30%	1,5%
P. POST-OPERATOIRE	0	0	0	0	0	0	2	20%	1%	1	25%	0,5%
DIVERS	0	0	0	10	14%	6%	8	20%	4%	12	18%	5%
P. SOCIALE	9	36%	10%	9	41%	6%	13	68%	6%	10	43%	4%
Total (GT)	96		100%	160		100%	206		100%	231		99%

G= nombre de grabataires.

G/T= taux de "grabatisation".

GT= nombre de grabataires total.

TABLEAU 17: LA PATHOLOGIE INITIALE et son rôle dans

l'apparition de L'ETAT GRABATAIRE

+ On constate donc :

- Les affections les plus "grabatisantes", et ceci est bien connu, sont :

- Les atteintes cérébrales aiguës
- La fracture du col fémoral
- Les affections néoplasiques
- Les complications artérielles
- Les affections neurologiques chroniques et mentales.
- Les affections cardiaques et pulmonaires.

Ces dernières conduisent à l'état grabataire de façon beaucoup plus fréquente depuis 4 ans, or on l'a vu, il s'agit de plus en plus fréquemment d'une pathologie pulmonaire infectieuse.

- Par les variations des motifs d'hospitalisation que l'on constate dans ce service, les personnes grabataires, le sont, depuis quelques années, après une cause :

- Traumatique, essentiellement (1/4 environ).
- La pathologie cérébrale aiguë représente toujours 1/5 des causes de l'état grabataire.
- 1/5 également de grabataires, après une affection cardiaque ou pulmonaire.

- Les causes d'origine néoplasiques sont moins fréquentes dans ce service.

G - CONCLUSIONS DU DEUXIEME CHAPITRE

+ Il s'agissait donc d'étudier, l'évolution au cours de II années (1965 à 1976), de la population du service de Médecine-Femmes d'un hôpital-hospice se trouvant dans la proximité de Lyon.

+ Cette population était déjà composée surtout de personnes âgées (90% de plus de 60 ans), elle n'a pas cessé de vieillir, puisque les personnes de plus de 80 ans représentaient:

30% des entrées en 1965

46% des entrées en 1976.

Pourquoi et comment s'est produit cette transformation?

+ Les malades sont issus:

- dans 75% des cas, d'un autre service hospitalier,

- 20% viennent directement de chez eux,

- 5% environ nous sont adressés par un hospice ou une maison de retraite.

La proportion des malades venant d'un autre hôpital a tendance à diminuer.

+ La validité des personnes hospitalisées est de plus en plus limitée.

Ainsi sur 100 malades à l'entrée,

en 1965,	55 sont valides
	32 sont semi-valides
	13 sont grabataires.
en 1976,	34 sont valides
	39 sont semi-valides
	27 sont grabataires

Les grabataires sont surtout des grands vieillards, puisque parmi les plus de 80 ans les degrés de validité sont en 1976:

20% de valides

43% de semi-valides

37% de grabataires.

+ Les modes de sorties sont bien en rapport avec cette morbidité puisque:

En 1965/66: 55% des malades rentraient chez eux
28% étaient placés définitivement
6% étaient hospitalisés dans un autre service
11% décèdaient.

En 1975/76: 37% des malades rentrent chez eux
23% sont placés
8% sont hospitalisés
32% décèdent.

+ L'évolution de la durée de séjour est liée à celle des différentes catégories de validité. En effet:

- les valides ont une durée de séjour à peu près identique à la moyenne.

- Les semi-valides restent plus longtemps hospitalisés. Il s'agit de la catégorie de personnes qui sont le plus souvent placées.

- Les grabataires ont le temps d'hospitalisation le plus court, en raison du décès généralement précoce.

+ L'étude des motifs d'hospitalisation a permis de constater que ceux ci ont évolués au cours des années:

- Les pathologies cérébrales aiguës, neurologiques chroniques et mentales et surtout traumatiques sont plus fréquentes.

- Les affections cardiaques et pulmonaires, ainsi que la pathologie néoplasique, motivent de façon moins fréquente l'hospitalisation dans ce service.

+ Chaque groupe de pathologie a été ensuite repris, pour déterminer leur responsabilité dans la perte de l'autonomie.

Toutes les affections, à des degrés divers que nous avons déterminés, entraînent de plus en plus fréquemment une perte de l'autonomie partielle ou totale, due au fait,

que ce sont des personnes de plus en plus âgées,
qu'il s'agit de cas de plus en plus sévères;

Les transferts, l'hospitalisation, l'insuffisance des moyens de réadaptation n'ont fait qu'aggraver cette situation.

+ Cette étude a donc permis de mettre en évidence, les importants changements qu'a subi la population de cet hôpital depuis quelques années.

Ayant comme motif, il y a encore quelques années, la convalescence, ce service permet le dégagement des personnes âgées, des centres de court séjour.

En effet, progressivement parceque,

-les personnes âgées, lorsqu'elles le peuvent, sont plus fréquemment qu'autrefois réintégrées dans leur domicile,

-que les locaux ne satisfont plus à des convalescents,

l'hôpital est devenu le lieu d'attente, d'un placement en hospice ou en maison de retraite, ou comme c'est le cas fréquemment de la mort.

L'accroissement du nombre de personnes dépendantes qui en a résulté, n'a pas été suivi de mesures énergiques et adaptées à cette catégorie de malades et aux personnes âgées en général.

Ce qui fait qu'au nombre déjà important de grabataires à l'entrée, qui ne peuvent que s'aggraver, viennent s'ajouter ceux qui le deviennent pendant le séjour.

+ Pour permettre de dégager de façon plus précise, la part de responsabilité des différents facteurs (pathologies initiale et associée, pathologie de séjour, transferts, insuffisances des moyens de réadaptation) qui conduisent à l'état grabataire, nous envisagerons une étude cas par cas de 80 malades sortants de ce service.

III- ETUDE EN FONCTION DE LA VALIDITE DE 80 DOSSIERS DE MALADES SORTIES DU SERVICE MEDECINE-FEMMES

I°) PRESENTATION DES MALADES

+ Il s'agit donc d'une population de femmes, suivie sur une période de 4 mois environ (décembre 1976 à mars 1977).

N'ont été retenues que les malades âgées de 60 ans et plus (il n'y a eu que 5 personnes de moins de 60 ans au cours de cette période).

+ Ces 80 femmes se répartissent ainsi:

a) En fonction de l'âge:

60 à 69 ans	: 8 (10%)	
70 à 79 ans	: 25 (31%)	
80 à 89 ans	: 42 (53%)	) Plus de 80 ans: 47 (59%)
Plus de 90 ans	: 5 (6%)	

b) En fonction de leur provenance:

Viennent:

directement de chez eux	: 12 (15%)
d'un hôpital	: 65 (81%)
d'un hospice	: 2) (4%)
d'une maison de retraite	: 1

c) En fonction de leur validité:

	<u>à l'entrée</u>		<u>à la sortie</u>	
VALIDES	: 22	(27,5%)	20	(25%)
SEMI-VALIDES	: 26	(32,5%)	20	(25%)
GRABATAIRES	: 32	(40 %)	40	(50%)

2°) ANALYSE DES DOSSIERS

+ Pour chaque observation seront précisées de la façon suivante:

- La provenance:

= "Hospitalisée depuis x jours" signifie que la malade nous est adressée par un hôpital ou elle y est entrée depuis x jours.

= "Vient de chez elle" signifie qu'il s'agit de la première hospitalisation.

- La durée de séjour:

= C'est donc la durée de séjour dans notre service, qui est mentionnée au départ.

+ Les malades seront classées en 3 groupes, suivant la validité à l'entrée:

1°) Les valides:

22 à l'entrée, 20 à la sortie:

- 16 le demeurent,
- 2 deviennent semi-valides,
- 4 deviennent grabataires.

2°) Les semi-valides

26 à l'entrée, 20 à la sortie.

- 17 le demeurent dont 2 de manière identique,
6 sont aggravés,
9 sont améliorés.
- 4 deviennent valides
- 5 deviennent grabataires.

3°) Les grabataires

32 à l'entrée, 40 à la sortie.

- 31 le restent,
- 1 devient semi-valides.

(Tableau I8)

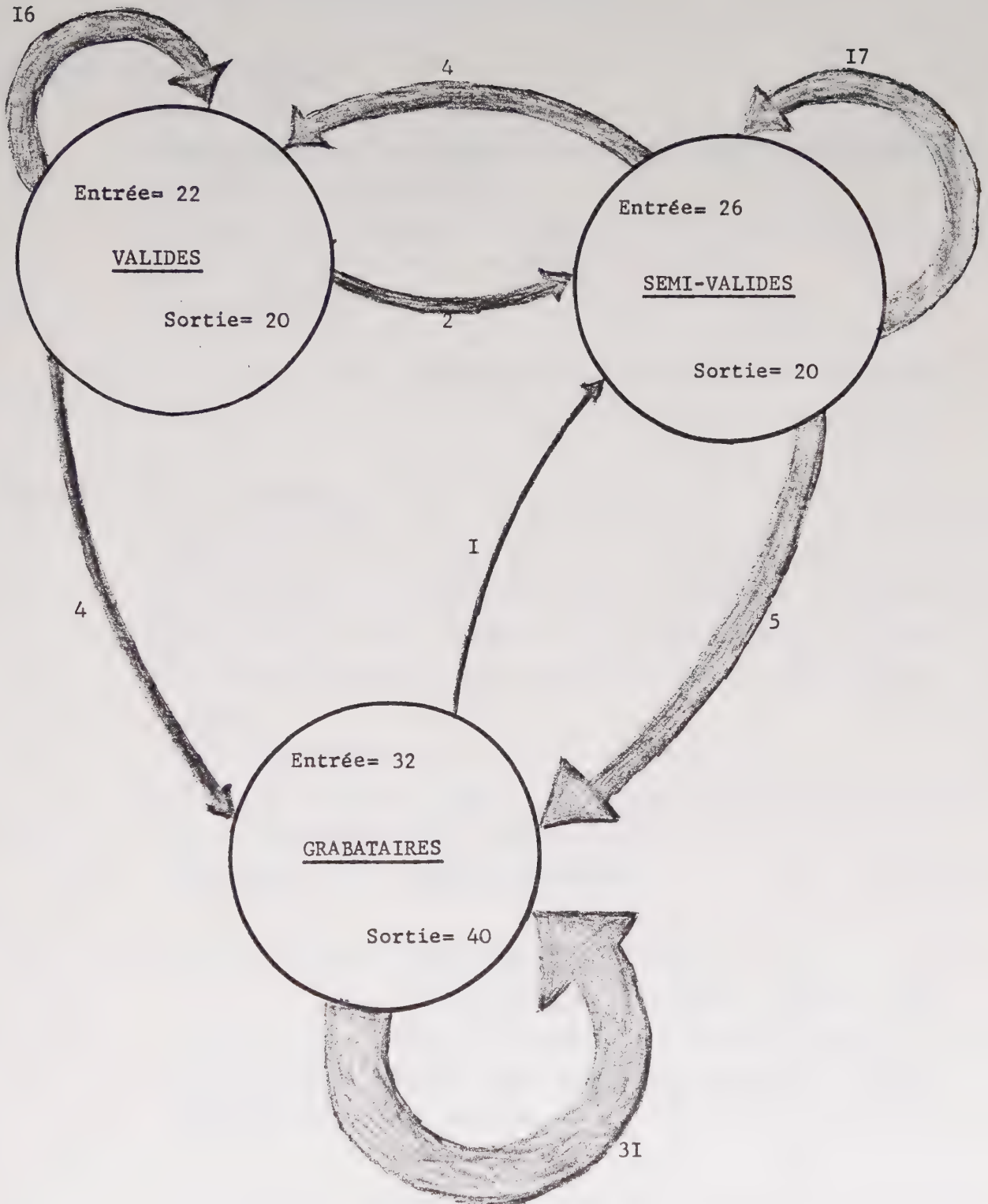


TABLEAU 18: LES DEGRES DE VALIDITE et leurs EVOLUTIONS
chez 80 femmes âgées.

A- LES VALIDES1°) L'ès valides restant valides

Obs n°1: + Mme B...86 ans

Veuve, 1 enfant, vit en résidence.

Hospitalisée il y a 15 jours pour poussée d'insuffisance cardiaque actuellement bien équilibrée.

Dynamique, bien lucide, elle a présenté quelques problèmes psychiques (persécutée d'après la famille).

Retour chez elle 16 jours après.

+ + Au total, 31 jours d'hospitalisation pour un motif relativement bénin.

Obs n°2: + Mme G...89 ans

Veuve, pas d'enfants, vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 2 jours à la suite d'une chute chez elle.

La famille l'adresse dans une clinique chirurgicale où elle fut opérée quelques mois auparavant, d'un prolapsus rectal. La chute n'ayant aucun rapport avec le passé chirurgical, elle nous est confiée.

Aucune cause précise n'est trouvée à cette chute.

À l'entrée, elle est confuse, désorientée. Mais son état psychique ira en s'améliorant par la suite.

Elle présente une surdité importante.

- Elle est placée en hospice 25 jours après.

... On apprend par la suite, qu'elle a été reprise par la famille (pour des motifs douteux?), qu'elle est hospitalisée à nouveau 1 mois après, pour retourner dans cet hospice dans un état grabataire.

+ + Une chute sans gravité, avec un discret élément confusionnel, vont provoquer l'hospitalisation et le placement.

Il est certain que cette femme présentait de plus en plus de difficultés à vivre seule chez elle.

Mais les transferts successifs (5 établissements en

2 mois) ont certainement favoriser l'état grabataire, chez une femme présentant quelques signes mineurs de sclérose cérébrale.

Obs n°3

+ Mme B... 68 ans

Mariée, 2 enfants.

Vient de chez elle pour amaigrissement.

Découverte d'un adénome toxique, elle est transférée en endocrinologie 15 jours après.

Obs n°4

+ Mme G... 77ans.

Mariée, pas d'enfant.

Vient de chez elle, pour dépendance psychique.

En effet elle présente une démence sénile, elle accompagne son mari hospitalisé dans le même hôpital.

Départ en hospice avec son mari, après un séjour sans problème de 77 jours.

++ Il s'agit donc d'une sclérose cérébrale, qui ne s'est pas plus aggravé pendant le séjour. L'hospitalisation à proximité de son mari, a certainement été favorable.

Obs n°5

+ Mlle P... 88 ans.

Célibataire, vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 5 jours à la suite d'une fracture du col huméral, n'ayant pas entraîné de perte majeure de l'autonomie. Elle est très lucide, et très dynamique.

Départ en hospice, après une hospitalisation de 61 jours.

...Elle rentrera d'ailleurs chez elle quelques jours après.

++ Une femme donc presque nonagénaire, très volontaire, qui n'a qu'un désir, celui de rentrer au plus vite chez elle. Ne risquait-on pas d'inhiber ce désir après une si longue hospitalisation?

Obs n°6:+ Mme D... 80 ans.

Veuve, 2 enfants chez qui elle vit.

Vient de chez elle, pour une chute entraînant une simple contusion de l'épaule.

Bonnes facultés mentales.

Départ en hospice, 49 jours après.

... Mais elle n'y restera que 10 jours, et partira ensuite en "maison de repos".

+ + Elle rentrera chez elle: c'est donc le motif médical qui masque le problème social, et notamment celui de la cohabitation avec les enfants.

Obs n°7:+ Mme L... 84 ans.

Veuve. 2 enfants.

Hospitalisée il y a 55 jours en Psychiatrie pour démence sénile.

Antécédents d'hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, obésité.

Incontinente totale, elle est donc bien valide, et mange seule.

Départ en hospice 60 jours après son entrée.

...Elle s'y trouve toujours, valide, 2 mois après.

+ + Il s'agit donc d'une détérioration mentale, obèse, hypertendue, avec insuffisance cardiaque: Autant de facteurs qui prédisposent à l'état grabataire, qui fort heureusement n'est pas produit.

Obs n°8+ Mme M... 84 ans

Veuve, 1 enfant chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 15 jours pour des vertiges chez une hypertendue (excès de diurétisation?).

Elle est bien lucide, mais apathique, peu dynamique et peu communicative.

Un placement définitif est envisagé par la famille.

Elle décède subitement au 21^{ème} jour.

+ + La cause de son décès n'a pas pu être déterminée. Mais il est certain que son attitude était due à sa transplantation, qui

était très mal vécue.

Obs n°9: + Mme A... 89 ans

Veuve, 3 enfants. Vit avec une parente.

Hospitalisée il y a 20 jours pour une bronchite aigue avec syndrome confusionnel, qu'elle gardera d'ailleurs.

Départ en maison de retraite au 16 ème jour.

++ Pathologie bénigne donc, ayant entraîné quelques troubles psychiques mineurs certes, mais ne permettant pas le retour au domicile: celui ci n'était peut être pas très désiré, une bronchite a déclenché le placement à ...90 ans.

Obs n°10: + Mme C... 63 ans

Veuve, vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 5 jours pour une fracture du grand trochanter, sur prothèse de Moore.

Conserve une bonne validité.

Rentre chez elle 55 jours après.

Obs n°11: + Mme S... 77 ans

Mariée, 2 enfants, elle vit chez elle avec son mari.

Hospitalisée il y a 20 jours pour rétablissement de la continuité après intervention il y a 4 mois pour néoplasme colique.

Elle conserve un bon état général, très lucide, elle désire rentrer au plus vite chez elle, ce qu'elle fera 11 jours après son entrée.

Obs n°12: + Mme R... 71 ans

Veuve, sans enfants, elle vit seule chez elle.

Vient de chez elle pour asthénie et lassitude post grippale.

Elle est très dépressive.

Elle présente en outre, un diabète I, et une insuffisance cardiaque.

Elle rentrera chez elle 44 jours après son arrivée, bien améliorée, satisfaite de son séjour, après une thérapeutique anti-dépressive.

++ Lassitude, asthénie, dépression: certainement les symptômes

de la solitude.

Obs n°I3: + Mme S... 79 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Vient de chez elle pour baisse de l'état général.

Découverte de troubles rénaux et d'une vitesse de sédimentation élevée, sans d'autres signes.

Elle est transférée en service d'hématologie 14 jours après.

... Le bilan pratiqué restera négatif.

Obs n°I4: + Mme V... 78 ans

Veuve depuis 2 ans, elle n'a pas d'enfants, et vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 30 jours pour "malaises", et baisse de l'état général. Constatation alors, d'un syndrome de rétention biliaire évoluant par poussées, mais ne faisant pas sa preuve.

Elle garde toute sa lucidité, mais elle est très dépressive depuis la mort de son mari ; lassée également par plus d'un mois d'hospitalisation et d'investigations.

Elle va se laisser aller, et il faudra être énergique envers elle pour éviter qu'elle ne garde le lit.

Alors qu'elle s'améliore un peu, elle représente une nouvelle poussée rétentionnelle, que les investigations que nous pouvons pratiquer, ne résolvent pas.

Nous l'adressons au centre hospitalier d'ou elle venait, mais veut avant, retourner chez elle. Elle sera restée 35 jours.

+ Une femme qui manifestement présentait:

- Une affection organique (d'origine pancréatique?)
- Un état dépressif, avec aucune envie de vivre.

... Nous apprendrons par la suite, qu'elle ne s'est pas rendue où nous l'avions adressée et que son état n'a pas cessé de décliner chez elle.

Aurions-nous dû la réhospitaliser nous même, contre sa volonté?

Il faut remarquer l'absence, autour de cette femme, d'un entourage familial avec qui nous n'avons pas eu de contact.

Obs n°15: + Mme G... 91 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 21 jours, car elle est très gênée par la baisse importante de l'acuité visuelle.

Elle entre donc dans notre service (le 2ème) dans l'attente d'un placement.

Elle est très dynamique, agréable (très appréciée du personnel) et conserve toutes ces facultés mentales.

9 jours après son arrivée, elle présente un syndrome confusionnel majeur, avec agitation et délire. On découvre alors une pneumopathie de la base droite, qui va bien réagir au traitement, mais qui va nécessiter quelques jours de réhydratation parentérale.

Alors que le pronostic semblait bien sombre, on assiste à une récupération spectaculaire après une dizaine de jours.

Elle ne gardera aucune séquelle de cet épisode.

Elle quittera le service pour se rendre en hospice, 80 jours après son arrivée.

++ Voici donc une femme qui à 91 ans a échappé à l'état grabataire, parcequ'il faut le dire, appréciée qu'elle était par le personnel, elle fut très stimulée, et surtout parcequ'elle avait envie de vivre.

... 4 mois après sa sortie, elle est toujours à l'hospice, handicapée par sa vue, mais toujours valide .

Obs n° 16: + Mme B... 87 ans

Veuve, sans enfant , elle vit seule chez elle.

Vient de chez elle, adressée par son médecin traitant pour ulcère variqueux.

Lucide, joviale, elle est obèse et présente une gonarthrose bilatérale, elle est cependant considérée comme valide.

Au cours de son long séjour elle présente à 2 reprises une broncho-pneumopathie,.

Elle rentrera chez elle 133 jours après son arrivé, son ulcère de jambe étant guéri.

++ Une durée de séjour qui est donc très longue, motivée par des soins de plaie variqueuse.

: Ce maintien prolongé dans le service, nous a fait craindre un "hospitalisme" rendant le retour au domicile plus difficile,

En outre elle a présenté 2 affections pulmonaires qui la rendait encore plus dépendante.

Il est certain que des soins à domicile auraient été souhaitables, après une courte période d'hospitalisation.

Ils ont été envisagé , puis écartés, en raison de mauvaises conditions sociales (vit seule, éloignement rural).

En somme,

parmi ces 16 valides à l'entrée qui restent valides à la sortie:

+ 10 posent un problème de dépendance ou social, plus ou moins important:

- 3 états de dépendance majeure:

= 2 démences séniles : Obs.n°4 et Obs.n°7.

Etats prédisposés à la "grabatisation", surtout le cas n° 7. Aucune n'a présenté de pathologie de séjour.

= 1 cécité : Obs. n°15.

Menace de dépendance totale au cours d'une pneumo-pathie. Mais à 91 ans reste toujours très lucide et très dynamique.

- 4 états de dépendance mineure:

Pathologies généralement mineures qui motivent l'hospitalisation et le placement.

= 2 chutes : Obs.n°2 et n°6.

Le cas n°2 deviendra grabataire après son départ. Elle présente quelques troubles mentaux, et subira encore d'autres transferts.

= 1 bronchite : Obs.n°9.

= 1, vertige, chez une hypertendue : Obs.n°8

Supporte très mal l'hospitalisation et le placement envisagé. Décès subit.

- 2 états de dépendance transitoire:

= 2 traumatismes : Obs.n°5 et n°10.

A noter le cas n°5 (88 ans), fracture du col huméral, chez une femme dynamique et volontaire, ce qui lui permettra de rentrer chez elle.

- 1 état lié en partie aux conditions sociales:

= Syndrome dépressif chez une femme vivant seule : Obs.n°12.

+ 3 viennent en convalescence:

- 1 insuffisance cardiaque : Obs.n°1.) Demandent à rentrer au plus vite chez elles, ce qu'elles feront 16 et 11 jours après.

- 1, suite opératoire d'une affection néoplasique : Obs.n°11.)

- 1 baisse de l'état général : Obs.n°14.

Une cause organique certaine qui n'a pas fait sa preuve, chez une femme très dépressive, avec laisser aller très menaçant.

+ 3 posent un problème médical pur:

- 2 baisses de l'état général : Obs.n°3 et Obs n°13.

Hospitalisées dans les services spécialisés après bilan de dépistage.

- 1 Ulcère variqueux : Obs.n°16.

Menace d'"hospitalisme" après des soins de longue durée.

2°) Les valides devenant semi-valides

Obs.n°17: + Mme P... 69 ans

Mariée, 6 enfants, elle vit chez elle avec son mari.

Hospitalisée il y a 30 jours pour cirrhose éthylique décompensée:
(ascite et syndrome confusionnel).

Stabilisée à son entrée, elle va rapidement s'altérer et présenter une hématémèse 8 jours après, la conduisant en service de réanimation.

Obs.n°18: + Mme M... 76 ans

Veuve, 3 enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 26 jours à la suite d'une pneumopathie.

Elle présente un bloc auriculo-ventriculaire du 2ème degré pour lequel il n'a pas été porté d'indication de la pose d'un pace-maker.

Elle possède toutes ses facultés mentales, mais elle est très dépressive et anxieuse.

Après une amélioration, elle va présenter une altération majeure de l'état général, avec anorexie, laisser aller total, aspect figé et mutisme complet, tout en conservant un bon état de conscience.

Elle est retransférée 52 jours après son entrée dans le service qui nous l'avait adressé.

... Nous apprendrons qu'elle a été dirigée dans un service de cardiologie.

++ Voici donc une femme qui présentait des troubles organiques d'origine cardiaque associés à un terrain névrotique ancien.

Elle a présenté un "glissement" dans un tableau psychiatrique, qui va entraîner encore 2 transferts successifs. (4 en 3 mois au total).

3°) Les valides devenant grabataires

Obs.n°19: + Mme L... 73 ans

Veuve sans enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 16 jours pour cancer gastrique évolué inopérable.

Son état s'est évidemment progressivement altéré, devenant semi-valide et grabataire seulement 10 jours avant son décès dans un tableau hémorragique, soit 110 jours après son entrée.

Elle n'avait pas d'escarres.

Obs.n°20: + Mme C... 77 ans.

Veuve, vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 30 jours pour carcinose péritonéale avec ascite. Elle ne présente pas d'escarres.

Décès au 61ème jour dans un état grabataire qui a duré 8 jours.

++ 2 états grabataires donc, évolutions d'affections néoplasiques terminales.

Obs.n°21: + Mme N... 84 ans

Mariée, sans enfant, elle vit avec son mari.

Hospitalisée il y a 25 jours pour démence sénile, car son mari qui s'occupait d'elle, l'était également. Il viennent ensemble dans l'établissement.

Il faut noter dans ces antécédents une perforation d'ulcère il y a 7 ans.

A l'entrée, elle est donc complètement désorientée, agitée, incontinente totale, mais elle est bien valide.

On l'emmène voir son mari tous les jours.

Alors qu'elle se stabilise dans le service, elle va présenter 1 mois après son arrivée un syndrome diarrhéique entraînant une déshydratation majeure avec troubles métaboliques. Elle se "grabatise" alors avec une grande rapidité, pour aboutir au décès en 10 jours, après avoir extériorisé un méléna. (récidive ulcéreuse, ou autre cause?). Elle présente une escarre sacrée.

Elle sera restée dans le service 47 jours.

Son mari grabataire, mais conscient, décèdera 2 jours après elle.

++ Il s'agit donc d'un état grabataire d'installation très rapide, déclenché par une cause organique qui n'a pas pu être déterminée et certainement favorisé et accéléré par une dégradation mentale.

Obs.n°22: + Mme F... 88 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 13 jours pour chutes à répétition attribuées à des hypoglycémies.

En effet elle présente un diabète I traité par hypoglycémisants oraux.

Valide et lucide à l'entrée, elle n'est cependant pas très tonique, apathique, avec laisser aller et idées de mort.

Elle va représenter, à trois reprises, des chutes, sans perte de connaissance, entraînant à chaque fois une dégradation plus prononcée de l'état général, si bien qu'elle devient grabataire.

Il s'agit probablement de ramollissements successifs (E.E.G. évocateur, présence d'un souffle carotidien).

On parviendra cependant à la faire sortir de cet état, puisqu'elle remarchera avec une aide.

20 jours après elle décèdera d'un œdème aigu du poumon.

++ 93 jours dans le service, au cours desquels on assiste à une lente dégradation de l'état général et à une "grabatisation" que l'on parviendra cependant à limiter et à améliorer:

2 causes ont provoqué cet état:

- Des accidents vasculaires cérébraux successifs, chez une diabétique.
- Un état dépressif majeur, avec un comportement suicidaire.

+ En somme,

parmi les 6 femmes valides à l'entrée qui vont perdre toute ou une partie de leur autonomie physique, puisque:

- 2 deviennent semi-valides,
- 4 grabataires,

on trouve:

+ 3 fois une cause organique "inévitabile":

- = I cirrhose éthylique décompensée: Obs. n°17.
- = 2 affections malignes au stade terminal: Obs. n°19 et n°20.

+ 2 fois, une cause organique non invalidante*, associée à des troubles mentaux:

- = Syndrome diarrhéique (cause organique indéterminée) chez une démence sénile: Obs. n°21.

Les troubles mentaux ont favorisé et accéléré l'état grabataire provoqué par une cause organique.

- = Accidents vasculaires cérébraux successifs associés à un état dépressif majeur. Obs. n°22

+ I fois, une cause psychique majeure

- = Une attitude de refus chez une femme au passé névrotique (dépressive, anxieuse), associée à des troubles organiques d'origine cardiaque. Obs n° 18.

* On entend par cause invalidante, tout affection limitant la motricité de façon massive (fractures, paralysies, amputations), et obligatoire.

B- LES SEMI-VALIDESI°) Les semi-valides qui restent semi-valides.a) Etat identique à la sortie.

Obs.n°23 + Mme C... 94 ans.

Veuve, 2 enfants dont 1 décédé. Elle vit avec une parente.

Vient de chez elle, car elle se déplace difficilement en raison d'arthrose multiple avec déformations importantes du rachis.

D'autre part, la femme qui vit avec elle, est également âgée.

Elle entre donc dans l'attente d'un placement définitif.

Elle est en bon état général, et reste très lucide.

Départ en hospice 28 jours après.

++ C'est donc à l'âge de 94 ans que cette femme va quitter son domicile, pour une perte de l'autonomie minime, mais associée à un problème de solitude.

Obs.n°24: + Mlle D... 77 ans.

Célibataire, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 21 jours pour un état confusionnel, chute, vertige, dus à un accident vasculaire dans le territoire cérébelleux.

A l'entrée, elle est bien consciente, mais présente toujours des vertiges qui la rendent peu mobile, aggravée en outre par une obésité.

Elle a un comportement apathique, plaintive, peu dynamique.

Elle rentre en maison de retraite 98 jours après son entrée, son séjour s'étant effectué sans incident.

++ Cette femme a donc présenté un accident vasculaire aigu qui a partiellement limité sa validité, et chez qui on trouve un laisser aller évident, entraînant un certain bien être à l'hôpital, et un placement en maison de retraite.

... En fait elle quittera la maison de retraite 15 jours après, pour rentrer chez elle.

b) Semi-valides améliorés pendant le séjourObs n°25 + Mme B... 80 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 30 jours pour un état confusionnel et difficultés à la marche aggravée en outre par des durillons plantaires. Un placement est envisagé.

A l'entrée, la malade est lucide, avec seulement une certaine lenteur d'idéation. Elle est porteuse d'une sonde à demeure.

Elle présente un diabète I, traité par des hypo-glycémifiants oraux, qui seront d'ailleurs supprimés pendant le séjour.

Pendant son séjour, elle va considérablement s'améliorer, tant sur le plan moteur, psychique, que sphinctérien. (ablation de la sonde, et continence normale), si bien qu'elle sera reprise par ses petits-enfants 64 jours après son entrée.

++ Cette femme a donc présenté, un épisode confusionnel, une perte partielle de l'autonomie, conduisant à l'abandon du domicile et à l'hospitalisation. Un placement définitif est alors envisagé.

Mais devant les progrès accomplis, elle est reprise par la famille, qui l'entoure et la stimule.

Cet état aura néanmoins provoqué 3 mois d'hospitalisation. L'envie de vivre dans un entourage favorable, a certainement contribué à cette issue.

Obs.n°26: + Mme R... 76 ans.

Mariée, 1 enfant. Elle vit chez elle avec son mari.

Hospitalisée il y a 90 jours en service de dermatologie pour soins d'escarres talonnières contractées après une immobilisation prolongée chez elle. Sa validité est en effet limitée par une gonarthrose bilatérale et une obésité.

A l'entrée, elle est bien lucide, les plaies sont en bonne voie de cicatrisation. Elle marche difficilement avec une aide, mais ne se lève pas seule de son lit (on pouvait presque la considérer comme grabataire).

Mais très volontaire et désireuse de rentrer au plus vite

chez elle, elle va accomplir avec l'aide de la kinésithérapeute et du personnel de très grands progrès.

Elle partira chez elle après un séjour de 112 jours, capable de se lever seule de son lit et de se déplacer à l'aide d'un déambulateur. Elle n'a plus d'escarres.

++ Cette femme a donc constitué un état grabataire chez elle, avec complications cutanées.

Il a fallu au total 6 mois d'hospitalisation au cours desquels elle a retrouvé certes une assez bonne autonomie: Mais était-ce bien la bonne solution?

Obs.n°27: + Mme M... 88 ans

Veuve, 1 enfant chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 33 jours pour une fracture de la tête humérale, consécutive à une chute due à un vertige (cause non déterminée).

A l'entrée, elle est bien consciente, mais peu mobile, par crainte de la chute surtout. On trouve une discrète hypotension orthostatique.

Après une courte période de mise en confiance, elle va retrouver une totale autonomie et partir en maison de retraite au 36 ème jour.

++ Un traumatisme qui va donc entraîner une perte partielle de de l'autonomie, qu'elle retrouvera, car volontaire, mais qui va conduire au placement définitif en maison de retraite, alors qu'elle vivait chez son fils.

Obs n°28: + Mme B... 81 ans.

Veuve depuis 4 ans, elle n'a pas d'enfant, et vit seule chez elle.

Hospitalisée directement dans le service, adressée par un centre d'urgence, à la suite d'une chute entraînant une fracture de côtes.

A l'entrée, elle ne présente aucun trouble mental, elle est peu valide, par crainte de la chute surtout. On note également un état légèrement dépressif.

23 jours après son entrée, elle se rend en maison de retraite, avec une bonne récupération motrice.

++ Un traumatisme, donc assez bénin, qui entraîne une perte de la validité transitoire, mais qui aboutit surtout à la demande de la famille, au placement définitif en maison de retraite.

Obs.n°29: + Mme B... 70 ans

Veuve, sans enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 15 jours pour pneumopathie rapidement résolutive.

Cette femme est obèse, diabétique, présente une insuffisance coronarienne, une arthrose diffuse, enfin elle est dépressive.

Elle a beaucoup de mal à se déplacer à son arrivée, mais elle réalisera d'énormes progrès, qui lui permettront au 14ème une réintégration de son domicile.

++ Cette femme présente donc une série d'affections susceptibles de diminuer sa validité: Mais conservant toutes ses facultés mentales, le désir de rentrer au plus vite chez elle, lui permettront de s'améliorer rapidement.

Obs.n°30: + Mme B... 78 ans

Veuve, sans enfant, elle vit seule chez elle dans un état lamentable.

Vient donc de chez elle, après des chutes à répétition, dans un état de misère physiologique, avec une poussée bronchitique, fébrile, déshydratée et dénutrie.

Elle conserve un bon état de conscience, mais est très apathique et dépressive, avec laisser aller total et idées de mort. Elle refuse de se lever ou d'être levée.

Après traitement, et surtout stimulation intensive avec l'aide d'anti-dépresseurs; on assiste à une récupération physique et psychique qui va permettre le placement en maison de retraite, au bout de 31 jours.

++ Cette femme n'est donc pas devenue grabataire. Nous espérons à peine le placement en maison de retraite où elle avait été acceptée rapidement, si les conditions de validité le lui

permettait. Avec l'aide de toute l'équipe soignante, et d'un entourage favorable, elle a repris goût à la vie.

...3 mois après, elle est toujours en maison de retraite, valide.

Obs.n°31: + Mme M... 83 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Vient directement d'un service d'urgences pour une contusion lombaire, limitant la marche.

Elle est un peu confuse, et très gênée dans la marche par une scoliose importante.

Elle va cependant récupérer une bonne autonomie, mais partira 27 jours après à l'hospice.

++ Encore un traumatisme bénin, qui conduit au placement définitif.

Obs.n°32: + Mme C... 80 ans

Veuve, 5 enfants, elle vit chez l'un d'eux.

Hospitalisée il y a 12 jours à la suite d'une fracture du col fémoral traitée par enclouage de Ender.

A l'entrée, elle a toute sa lucidité, mais elle très découragée, car la marche est encore très difficile et douloureuse, gênée en outre par une obésité.

Avec l'aide de la kinésithérapie, et une stimulation intensive, elle va s'améliorer, et reprendre espoir, d'autant plus qu'elle désire rentrer au plus vite chez elle.

Elle partira au 46^{ème} jour, avec encore quelques difficultés à la marche, mais autonome.

++ Le lever rapide obtenu par ce traitement chirurgical, suivi d'une réadaptation intensive, chez une femme pourtant obèse, ont permis à cette femme de réintégrer son domicile.

Obs.n°33: + Mme C... 80 ans

Veuve, 2 enfants dont 1 décédé, elle vit en résidence.

Hospitalisée il y a 15 jours pour chutes de plus en plus fréquentes, sans troubles de conscience.

A l'entrée, sa validité est en effet limitée par des sé-
-quelles d'une fracture du col fémoral droit, il y a 3 ans, traitée par prothèse. Elle présente également une atteinte Parkin-
-sonienne, avec akinésie prononcée.

Elle est lucide, mais très dépressive et apathique.

Alors qu'elle marchait un peu mieux, elle présente 1 mois après son arrivée, un syndrome confusionnel avec agitation et délire de persécution, hyperthermie et déshydratation liés à une pneumopathie infectieuse.

Cet état nécessite 7 jours de réhydratation parentérale, elle ne quitte plus son lit spontanément, le pronostic semblait particulièrement sombre.

Par une attitude énergique de toute l'équipe soignante, elle est levée et stimulée tous les jours, si bien que 15 jours après elle reprenait la marche avec une aide.

Elle partira chez sa fille après un séjour de 99 jours, plus valide qu'à l'entrée.

+ + Cette femme avait donc toutes les "chances" de devenir grabataire: atteinte ostéo-articulaire et maladie de Parkinson dont l'akinésie et le syndrome dépressif étaient particulièrement menaçants. Par l'effort de tous, elle a pu retourner dans sa famille, partiellement autonome.

c) Les semi-valides aggravés pendant le séjour

Obs.n°34: + Mme C... 86 ans

Veuve depuis 40 ans, 1 enfant, elle vit en maison de retraite depuis 8 ans.

Elle nous est adressée pour baisse progressive de l'état général, avec syndrome diarrhéique depuis quelques jours.

- Ses antécédents sont chargés: Ulcère gastrique; fracture des 2 cols fémoraux il y a 3 ans (2 prothèses de Moore); et surtout cancer du col utérin il y a 5 ans traité par radium:elle présente depuis des troubles du transit. Un bilan complet pratiqué il y a 2 ans, était négatif.

Enfin elle se plaint de douleurs lombaires depuis quelques mois.

Il faut noter également un terrain anxieux et dépressif depuis plusieurs années.

- Traitement symptomatique contre le syndrome diarrhéique, à son arrivée, avant d'entreprendre un bilan.

Mais elle garde volontairement le lit, alors qu'elle est capable de se lever.

Elle décède subitement 15 jours après, alors que le bilan digestif allait être entrepris (une tentative de lavement baryté avait échoué)

++ Le laisser aller, le désir de mort était évident chez cette femme, qui présentait certainement une affection organique.

Ce cas pose le problème des investigations chez les personnes âgées, et de trouver une attitude entre la fatalité et l'acharnement.

Obs.n°35: + Mlle C... 84 ans

Religieuse, elle vit en congrégation.

Vient directement pour pneumopathie chez une insuffisante cardiaque très sévère, avec troubles du rythme.

Elle garde toute sa lucidité, mais est très dépressive.

Pendant son séjour, elle va présenter des phases d'améliorations, et de rechutes pulmonaires et cardiaques, avec également une phlébite.

Elle sera de moins en moins valide et décèdera rapidement dans un tableau d'asystolie globale, 74 jours après son arrivée.

Obs.n°36: + Mme L... 63 ans

Veuve, 1 enfant chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 90 jours pour une cholecystectomie suivie de complications septicémiques.

On note dans ses antécédents un infarctus du myocarde, depuis elle se plaint de précordialgies constantes, d'anorexie, et d'asthénie: on en conclut, alors, à un terrain névrotique, (dont les traitements ont été un échec).

A l'entrée, il s'agit donc d'une femme lucide, mais souffrant constamment, insomniaque, et refusant de se lever.

Son problème n'est toujours pas résolu, aucun fait nouveau n'apparaît au cours de son séjour.

Elle est transférée dans un service de convalescence, plus proche de son fils, 86 jours après.

++ Ne fallait-il pas l'adresser en milieu psychiatrique, malgré le refus du fils?

... 4 mois après cette femme est dans un hospice, après un séjour en neurologie, toujours dans le même état, c'est à dire ne se levant pratiquement pas, elle souffre toujours autant. Elle aura maigri de 40 Kg en 1 an.

Obs.n°37: + Mme D... 87 ans

Veuve, 1 enfant chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 25 jours pour démence sénile avec troubles sphinctériens.

Elle se déplace très peu, et le fera de moins en moins; Apathique, calme, "sans problèmes", elle passe sa journée dans un fauteuil, qu'elle n'a pas l'intention de quitter, qu'on se garde bien d'ailleurs de l'en empêcher car elle "en mettrait de partout".

Très entourée par sa famille, elle sera reprise par celle ci, après un séjour de 103 jours.

++ Tristesse et monotonie d'une lente dégradation psychique et physique...

Obs.n°38: + Mme E... 67 ans

Veuve, 2 enfants, elle vit seule dans de très mauvaises conditions.

Hospitalisée il y a 20 jours pour syndrome d'astisie-abasie dû à une insuffisance vertébro-basilaire.

On note des antécédents d'hypertension artérielle.

A l'entrée, elle est très consciente de son état, ce qui la déprime beaucoup, car elle désire entrer au plus vite chez elle. Cette situation provoque également des troubles du caractère, qui poseront quelques problèmes avec l'entourage.

La marche, seule, est impossible, gênée en outre par un hallus-valgus bilatéral.

Elle ne fera aucun progrès pendant son séjour, puisqu'elle se dégrade aussi bien physiquement que mentalement.

Départ en hospice, après un séjour de 34 jours.

+ + Une dégradation inévitable? Elle a certainement été accentuée par l'hospitalisation entraînant surtout l'éloignement de ses enfants. Ceci a provoqué des troubles caractériels, qui la rendait peu engageante envers l'entourage, majorant ainsi sa solitude.

... 3 mois après, elle est toujours en hospice, doit être levée (donc grabataire), mais plus proche de ses enfants, ~~ce qui la rend plus affable.~~

enfants, ce qui la rend plus affable.

Obs.n°39: + Mme P... 72 ans

Mariée, 1 enfant, elle vit chez elle avec son mari (actuellement hospitalisé).

Vient directement de chez elle pour une plaie du pied.

On découvre alors un diabète.

Elle ne présente pas de troubles mentaux. Sa validité n'est limitée que par cette lésion du pied.

L'extension rapide de la plaie la conduit en chirurgie 9 jours après.

... Amputée partiellement du pied, elle est actuellement en hospice, ayant conservé une assez bonne autonomie.

En somme,

parmi les 17 semi-valides, qui le demeureront à la sortie,
on constate:

- 2 malades restent dans un état identique.
- 9 se sont améliorées pendant le séjour,
- 6 se sont aggravées.

+ 2 malades restent dans le même état:

= I, athrose diffuse: Obs n° 23

Se retrouvant seule, et gênée dans la vie courante, elle entre à 94 ans, pour attente de placement.

= I, Accident vasculaire cérébelleux: Obs n°24.

Seule, peu volontaire, gênée par des vertiges séquellaires, elle a tendance à vouloir dépendre des autres: départ en maison de retraite d'où elle sortira, stimulée par son entourage.

+ 9 s'améliorent à la sortie:

On ne trouve dans ce groupe, aucune détérioration mentale.

= 4, Traumatismes: Obs n°27, n°28, n°31, n°32.

- 3 de ces traumatismes, entraînant une invalidité partielle et de courte durée, chez 3 personnes de plus de 80 ans, constituent le motif d'un placement définitif. (27, 28 et 31)
- I fracture du col fémoral, chez une personne prédisposée à l'état grabataire qui est sans doute évité, parce qu'elle peut être levée immédiatement, et qu'elle est prise en charge d'une manière efficace. (32)

= 2, affections neurologiques: Obs n°25 et n°33.

- I Parkinson associé à des troubles ostéo-articulaires, qui présente une menace de "grabatisation" au cours d'une pneumopathie. (33)
- I état confusionnel transitoire qui rend la malade dépendante et "irrécupérable". Devant l'amélioration, le placement envisagé n'a pas lieu, et la malade repart dans sa famille. (25).

= I, obésité et gonarthrose: Obs n° 26.

- Etat grabataire au domicile, avec escarres nécessitant 3 mois d'hospitalisation en dermatologie, et 3 mois dans notre service.

= 1, pneumopathie: Obs n°29.

- Cette affection associée à une obésité, une arthrose diffuse, et un état dépressif, rend la malade peu valide. Amélioration rapide grâce au désir de rentrer chez elle, et à une réadaptation soutenue.

= 1, état de misère physiologique: Obs n°30.

- Dénutrition, déshydratation, état dépressif avec attitude suicidaire font porter un pronostic bien sombre à l'entrée. Remarquable récupération favorisée par l'entourage soignant et social.

+ 6 aggravations pendant le séjour:

On constate dans ce groupe, 1 détérioration mentale
4 fois des troubles psychiques.

= 2, évolutions de maladies organiques: Obs n° 34 et n°35;

Dans les 2 cas: laisser aller total.

- Troubles digestifs, dont les investigations mal supportées, sont interrompus par le décès. (34)
- Asystolie totale. (35)

= 2, troubles mentaux majeurs: Obs n°36 et n°37.

- Démence sénile (37)
- Etat névrotique survenu après cholecystectomie compliquée de septicémie (36)

= 1, affection neurologique chronique: Obs n° 38

- Astasie-abasie, d'origine vertébro-basilaire, associée à un état dépressif.

= 1, affection d'origine purement locomotrice périphérique:
Obs n°39

- Plaie nécrotique du pied chez une diabétique.

2°) Les semi-valides devenant valides

Obs.n°40: + Mme.P... 69 ans.

Mariée, 2 enfants décédés, elle vit chez elle dans de très mauvaises conditions de logement.

Hospitalisée il y a 4 jours à la suite d'une fracture de la rotule.

Cette femme est éthylique et présente une bronchite chronique.

Elle rentre chez elle, 40 jours après, valide.

++ Donc impotence transitoire, chez une femme aux conditions sociales très mauvaises.

Obs.n°41: + Mme G... 87 ans.

Veuve, 3 enfants, elle vit seule chez elle. Elle est d'origine italienne, ce qui rend la communication difficile.

Hospitalisée il y a 70 jours pour fracture du col fémoral, traitée par clou de Mac Laughlin. L'appui n'est donc encore pas autorisé, la marche sur un pied, même avec une aide, est impossible; Elle ne mangeait pas seule, et elle présente une incontinence partielle.

A l'entrée, en effet, la malade est confuse, quoique la barrière linguistique étant levée, on s'aperçoit que les troubles mentaux présentés sont bien moins importants que l'on pouvait le supposer.

Le lendemain la malade mange seule (pour la première fois d'après la famille) et on trouve la malade errant dans les couloirs: heureux effet du changement?

La reprise de la marche spontanément et si précocement, nous a un peu inquiété: nous l'avons laissé faire, le foyer de fracture a tenu.

Elle partira en maison de retraite 64 jours après son arrivée, valide.

+ + Une malade volontaire et dynamique, qui présente quelques troubles mentaux, en fait surestimés et qui sont la traduction

d'une "solitude linguistique", qui évitera ainsi la "grabatisation".

... 3 mois après, elle est toujours en maison de retraite, ayant retrouvé une bonne validité.

Obs.n°42: + Mlle M... 74 ans

Célibataire, elle vit en résidence avec sa sœur.

Hospitalisée il y a 30^e jours pour une intervention sur un neurinome du VIII.

Très lucide, mais dépressive, après cette intervention traumatisante, elle est à peine capable de marcher avec une aide, et pense qu'elle restera ainsi.

Avec l' aide d'une intense stimulation, elle retrouve rapidement une bonne autonomie, ce qui lui va lui permettre de rentrer chez elle 39 jours après.

Obs.n°43: + Mme D... 69 ans.

Veuve, 3 enfants, elle vit seule dans de mauvaises conditions.

Hospitalisée il y a 6 jours à la suite d'une fracture de la diaphyse fémorale sur prothèse de Moore (fracture il y a 2 ans).

Elle a toute sa lucidité, mais elle est très anxieuse, et aigrie par des conflits familiaux et de mauvaises conditions sociales.

Elle restera hospitalisée 86 jours, et rentrera chez elle.

+ + Impotence transitoire, et problèmes sociaux ont motivé l'hospitalisation, qui a constitué une sorte de répit.

Donc,

parmi les 4 malades semi-valides à l'entrée, et qui deviennent valides à la sortie on trouve:

= 3 affections traumatiques

- 2 fois chez des personnes pas très âgées (69 ans), pour qui le traumatisme, relativement bénin, a entraîné une incapacité momentanée, associée à des conditions sociales difficiles.

Obs n°40 et n°43.

- 1 fois chez une personne très âgée (87 ans): Obs n°41.
Il s'agit d'une fracture du col fémoral, de pronostic réservé au départ.

Récupération totale en raison d'un dynamisme et d'une volonté de la malade, diminués au début par des troubles mentaux qui ont régressé.

= 1 suite d'intervention neuro-chirurgicale.

- Ablation d'un neurinome du VIII: Obs n°42.

Récupération qui ne devait pas poser de problèmes, si ce n'est, un état dépressif réactionnel mineur à l'entrée.

3°) Les semi-valides devenant grabataires

Obs.n°44: + Mme M... 79 ans

Veuve, 3 enfants, vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 24 jours pour maladie de Parkinson évolu-
-tive.

A l'entrée, elle est désorientée, l'aspect figé, adynamique, elle marche très difficilement avec une aide. Elle arrive à s'asseoir avec grande peine au bord de son lit.

2 jours après son arrivée, elle présente un état confusionnel majeur, avec signes pyramidaux de lésion hémisphérique gauche, entraînant un état grabataire irréversible.

Elle décède 11 jours après son entrée.

++ Il s'agit donc d'un terrain déjà très défavorable (Parkinson) sur lequel survient un accident vasculaire cérébrale.

Obs.n°45: + Mme S... 81 ans.

Veuve depuis 3 ans, elle n'a pas d'enfant, et vit dans une résidence de personnes âgées.

Hospitalisée il y a 30 jours pour un syndrome douloureux thoracique n'ayant pas fait la preuve d'une nécrose myocardique.

A l'entrée, elle est bien lucide, mais très déprimée avec baisse de l'état général: elle serait ainsi depuis la mort de son mari.

Elle arrive avec une sonde à demeure, que l'on retire. Elle va accomplir des progrès importants, puisqu'elle reprend la marche avec l'aide de la kinésithérapeute.

15 jours après son entrée, elle présente une pneumopathie sévère qui va l'affaiblir considérablement, 12 jours après elle sombre dans un coma avec mydriase gauche aboutissant au décès en 24 heures.

++ Au total donc, une femme très peu tonique au départ, qui réalisera néanmoins quelques progrès, mais qui deviendra grabataire à la suite d'une pneumopathie, et décèdera d'une lésion cérébrale gauche.

Obs.n°46: + Mme D... 83 ans.

Veuve, 1 enfant chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 60 jours pour une hépatite virale.

A l'entrée est possède toutes ses facultés mentales, mais est très asthénique, très amaigrie. Elle marche avec beaucoup de difficultés en raison de séquelles d'hémiplégie droite.

2 mois après, elle fait une chute, avec simple contusion de la hanche droite. A partir de ce moment, elle refusera catégoriquement de se lever ou d'être levée.

Aucun moyen ne parvient à l'en dissuader, elle s'alimentera seule et normalement, ne présentera aucune escarre, et décèdera subitement après 4 mois d'état grabataire "sans problème".

Elle sera réstée 193 jours.

+ + Un état grabataire par refus au départ, que rien ne réussi à briser. Elle conservera un bon état mental, avec cependant une dégradation physique (amyotrophies, état de maigreur important).

Obs.n°47: + Mme K... 77 ans

Mariée, 1 enfant, elle vit chez elle.

Hospitalisée il y a 3 jours pour insuffisance cardiaque.

Dans ses antécédents il faut noter un accident vasculaire cérébral il y a 3 ans, dans le territoire occipital, entraînant cécité et confusion mentale.

A l'entrée, elle se déplace encore assez bien, elle est continente.

10 jours après elle présente une hémiplégie droite aboutissant au décès en 4 jours, soit 15 jours après son admission dans le service.

+ + C'est donc une lésion cérébrale majeure qui est responsable d'un état d'ailleurs très rapidement évolutif.

Obs.n°48: + Mme B... 89 ans

Vient de l'hospice où elle y est depuis 1 an.

Elle présente un envahissement pulmonaire métastatique d'un cancer du colon évoluant depuis 2 ans.

Décès 19 jours après dans un tableau de cachexie néoplasique.

En somme,

parmi les 5 personnes semi-valides à l'entrée ,qui deviennent grabataires pendant le séjour, on trouve:

= 1 évolution terminale néoplasique: Obs n°48

= 2 affections cérébrales aiguës: Obs n°44 et n°47.

= 1 pneumopathie infectieuse: Obs n°45

Une malade qui présente un état général altéré à son entrée, très dépressive et peu volontaire depuis la mort de son mari.

= 1 attitude de refus: Obs n°46

Cette femme présente en fait une pathologie multiple: séquelles d'hémiplégie, hépatite virale récente avec amaigrissement important, et enfin au cours d'une chute la décision de ne plus se lever.

C- LES GRABATAIRESa) Le grabataire devenant semi-valide

Obs.n°4 : + Mme J... 73 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 11 jours à la suite d'une chute provoquant une fracture tassement de la 1ère vertèbre lombaire.

Elle est diabétique (I) depuis 10 ans.

Elle présente un discret syndrome Parkinsonien.

À l'entrée, elle est désorientée, mais volontaire, réclamant la marche pour rentrer au plus vite chez elle.

Elle présente des escarres talonnières et fessières.

On se contente dans un premier temps de l'asseoir simplement (immobilisation thérapeutique). La marche sera entreprise environ 1 mois après l'accident initial.

Elle réclamera sans cesse le retour à son domicile, et présentera des poussées confusionnelles, avec agitation, crises dépressives, au cours desquelles, elle régressera quelques jours.

Dans l'ensemble elle fera quelques progrès, marchant avec une aide. Ses escarres seront guéries.

Elle sera placée en hospice 121 jours après son arrivée, plus proche de son fils.

+ + Cette femme, très volontaire au départ, aurait certainement pu s'améliorer d'avantage, mais:

- Elle régressera progressivement, en s'apercevant qu'elle ne rentrera jamais plus chez elle. En outre son fils qu'elle réclame sans cesse, vient rarement la voir en raison de l'éloignement.

- Enfin, elle aurait certainement pu bénéficier d'une réadaptation plus intensive.

... On apprendra par la suite qu'elle est décédée subitement 40 jours après son entrée à l'hospice, sans qu'elle se soit dégradée davantage.

b) Les grabataires qui restent grabataires

Obs.n°50: + Mme P... 69 ans

Veuve, 7 enfants, elle vit seule chez elle dans de très mauvaises conditions.

Hospitalisée il y a 7 jours pour traumatisme crânien avec perte de connaissance, et fracture du grand trochanter droit.

Diabète I depuis 10 ans.

Son état général a baissé depuis quelques temps, avec amaigrissement important et chutes fréquentes.

A l'entrée, elle a un bon état de conscience, est donc très amaigrie, adynamique et dépressive.

Quelques jours après seulement elle présente un accident hyperglycémique, qui sera vite résolutif, mais dont elle sortira encore plus amoindrie.

Elle va alors rapidement se cachectiser, avec amyotrophies massives, escarres volumineuses, infections multiples et instabilité de son diabète.

Le décès surviendra 114 jours après.

+ + Une femme jeune, donc, qui arrivera dans un état général très précaire, qui présente un diabète certainement négligé et un véritable état de misère physiologique.

Une série de complications diabétiques, infectieuses, et le décubitus aboutiront à un état cachectique et à la mort.

Elle eut cependant une période où l'on pensait qu'elle pouvait s'améliorer (assise tous les jours aux repas qu'elle prenait seule, elle était plus tonique). A-t-on fait le maximum?

Nous ne le pensons pas. Elle ne devait pas avoir d'escarres.

Cette personne devait recevoir des soins intensifs, continus et adaptés (lever plusieurs fois par jour, massages de décubitus, massages trophiques, changements fréquents de position, diététique).

Obs.n°51: + Mme M... 86 ans

Veuve, sans enfants, elle vit en maison de retraite.

Hospitalisée il y a 11 jours pour fracture sous capitale du fémur traitée par prothèse intermédiaire.

Elle arrive confuse, cachectique, avec escarres débutantes, alimentation buccale impossible.

Elle décède 6 jours après son arrivée.

+ + Admission donc dans le service d'une femme mourante.

Obs.n°52: + Mme C... 85 ans

Veuve, 4 enfants, elle vit en résidence.

Hospitalisée il y a 20 jours pour hémiplégié gauche chez une hypertendue, avec atteinte motrice massive aux 2 membres.

Elle conserve un assez bon état de conscience, elle n'est que légèrement désorientée, et communique bien avec son entourage.

Elle présentera plusieurs épisodes de déshydratation, accentuant une discrète insuffisance rénale organique, nécessitant donc une réhydratation parentérale écourtée au maximum.

Elle n'a bénéficié que de la kinésithérapie du service (c'est à dire très peu intensive).

Pour être rapprochée de la famille, elle est transférée dans un autre service de gériatrie, dans un très mauvais état.

Elle présente une escarre sacrée.

... Elle décèdera 13 jours après sa sortie.

+ + Une atteinte motrice massive certes, chez une femme très âgée.

Mais une dégradation certainement accentuée par un manque de soins appropriés.

Obs.n°53: + Mlle M... 88 ans

Célibataire, elle vit avec une amie.

Hospitalisée il y a 33 jours pour défaillance cardiaque globale.

A l'entrée la malade est très apathique, désorientée. Elle ne se lève pas seule, mais fait quelques pas avec une aide.

Elle n'a pas d'escarres, et n'en aura pas.

5 jours après, elle fait une chute, avec plaie frontale:

A partir de ce moment, elle ne marchera plus, ne s'alimentera plus seule.

Il en résultera ensuite des épisodes de déshydratation, et une lente cachexie.

Elle décède 40 jours après son admission.

+ + Déjà une femme très peu dynamique à l'entrée, chez qui il n'y avait aucun désir de vivre, et qui s'éteindra progressivement: Syndrome de glissement ou mort naturelle ?

Obs.n°54: + Mme P... 84 ans

Veuve, 3 enfants, elle vit chez l'un d'entre eux.

Hospitalisée il y a 28 jours pour fracture pertrochantérienne du fémur, traitée par clous de Ender.

- A l'entrée elle est en assez bon état général, mais ne se mobilise pas seule. Elle marche cependant avec une aide.

Elle présente un bon état mental.

- 18 jours après, elle présente un coma d'apparition brutale, dont l'étiologie reste indéterminée, aboutissant au décès 3 jours plus tard.

+ + Une évolution qui semblait favorable, interrompue par un décès rapide.

Obs.n°55: + Mlle L... 94 ans

Célibataire, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 30 jours pour nécrose étendue de la jambe, pour laquelle la malade a refusé l'amputation.

Très peu perturbée sur le plan psychique à l'entrée, elle va décéder au 24ème jour dans un tableau septicémique effroyable (gangrène de la jambe, nécrose de la paupière, escarre sacrée, ainsi que d'autres foyers septique à distance).

+ + Pouvait-il en être autrement ?

Obs.n°56: + Mme B... 85 ans

Veuve, 2 enfants chez qui elle vit.

Vient directement de chez elle, dans un état grabataire, avec confusion mentale, incontinence totale. On constate un discret

déficit moteur droit.

Parmi ses antécédents on note, un cancer du sein opéré il y a 20 ans.

Elle est très obèse.

Cette malade va se dégrader rapidement, présenter des complications pulmonaires infectieuses (favorisées par des fausses routes, nécessitant la mise en place d'une sonde gastrique).

Elle décède 36 jours après son entrée, dans un tableau d'encombrement broncho-pulmonaire.

+ + Un état grabataire qui s'est constitué au domicile, probablement lié à une lésion cérébrale gauche.

Il faut souligner chez cette malade, le rôle néfaste de l'obésité.

Obs. n°57: + Mlle. M... 83 ans

Célibataire, vit en résidence pour personnes âgées.

Hospitalisée il y a 19 jours pour nécrose distale du pied, conduisant à l'amputation trans-métacarpienne.

A l'entrée, l'état général est très précaire, elle est confuse, avec attitude d'abandon et de laisser aller.

Elle présente une incontinence partielle, et mange seule. Elle reste assise en fauteuil.

Elle décède subitement au 23^{ème} jour.

+ + Une dégradation de l'état physique et psychique progressive, avec une nette impression du désir de mort.

Obs. n°58: + Mme D... 83 ans

Veuve depuis 30 ans, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 12 jours à la suite d'une chute "simple"

Elle présente une pathologie chargée:

- Cancer du sein toujours évolutif, insuffisance cardiaque, atérite des membres inférieurs, ulcères de jambe, enfin pneumopathie récente (métastatique?), surdité très prononcée, et déformations importantes du rachis.

A l'entrée son état de conscience est bon. la communication est très difficile en raison de la surdité.

Les tentatives de remise à la marche ont été soldées par des échecs. Elle n'aura pas d'escarres.

Elle décède 85 jours après son arrivée dans un tableau de cachexie néoplasique et d'insuffisance cardiaque. "

+ + Une pluripathologie qui est sévère chez cette femme. Il faut noter que l'hospitalisation a été motivée par une chute.

D'autre part cette malade, lucide, manifestement s'ennuyait, retranchée dans une solitude liée en partie à sa surdité.

... et l'animation?

Obs.n°59:

+ Mme S... 76 ans

Veuve, 2 enfants, chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 30 jours pour cancer pulmonaire avec, probablement métastases cérébrales (épisodes confusionnels, signes irritatifs localisés).

Elle décède au 52ème jours à la suite d'un nouveau déficit moteur droit.

Obs.n°60:

+ Mme C... 76 ans

Veuve, 2 enfants, elle vit à l'hospice depuis 3 ans.

Elle entre dans le service pour chutes fréquentes, épisodes confusionnels chez une obèse, hypertendue, diabétique, et insuffisante cardiaque.

L'état général se dégrade depuis quelques mois.

Elle est hospitalisée pour éliminer une éventuelle hypotension orthostatique (diurétisée), ou une hypoglycémie, responsables de ces chutes.

On conclue à des ischiémies transitoires.

La marche possible au début avec une aide va être de plus en plus difficile.

Elle retourne à l'hospice 22 jours après.

... Elle décèdera 14 jours plus tard, dans un tableau de coma.

+ + C'est un ensemble pathologique d'origine cardio-vasculaire, notamment, qui explique cette évolution.

Obs.n°61: + Mme S... 82 ans.

Veuve, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 40 jours à la suite d'une hémiplégie droite massive.

Elle nous arrive dans un état de dégradation physique et psychique avancé: confuse, mutisme, encombrement broncho-pulmonaire, escarres, infection urinaire.

Elle décède au 43ème jour, soit 80 jours après l'accident initial.

Obs.n°62: + Mme V... 89 ans

Veuve, 3 enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 1 mois à la suite d'un O.A.P.

Dans ces antécédents on note:

Une nécrose myocardique, un diabète I avec complications rétinienues.

A l'entrée, elle présente des troubles mentaux avec désorientation, pertes de mémoire: elle est ainsi depuis son accident cardiaque. Elle est incontinente totale.

Si elle ne quitte pas seule son lit, elle va présenter des progrès à la marche, encouragée par le désir de rentrer chez elle, qu'elle manifeste ardemment.

Mais ce désir ne s'accomplissant pas, elle se dégrade progressivement, et reperd les quelques progrès réalisés.

Elle va représenter des crises angineuses... Au cours d'une pneumopathie infectieuse, elle refait une défaillance cardiaque irréversible aboutissant au décès 56 jours après son entrée.

+ + Encore un exemple de troubles organiques sévères certes, mais qui aboutissent à l'état grabataire, associés à une transplantation qui est mal vécue, parce qu'elle n'est pas suffisamment adaptée aux personnes âgées.

Obs.n°63: + Mme D... 83 ans

Mariée, sans enfant, elle vit avec son mari.

Hospitalisée il y a 11 jours à la suite d'une chute provoquant une fracture du col fémoral traitée par vis-plaque de Judet.

Le pronostic semble bon, elle ne présente pas de troubles mentaux. Elle est incapable cependant de marcher sur un pied.

1 mois après, elle présente une pneumopathie sévère, dont elle guérira, mais entraînant des troubles mentaux, avec agitation délire, confusion, et dégradation de l'état général: à partir de ce moment, elle se grabatise rapidement, avec constitution d'escarres, aboutissant au décès 63 jours après son entrée.

+ + Une "grabatisation" qui est surprenante dans son évolution, inattendue, et rapide.

Ainsi un vieillard alité est bien un grabataire en puissance.

Obs.n°64: + Mme B... 89 ans

Veuve, pas d'enfant, elle vit en maison de retraite.

Hospitalisée il y a 13 jours à la suite d'une hémiplégie droite massive, avec aphasie et confusion mentale.

A l'entrée, l'état général est très mauvais, elle présente des escarres.

1 mois après elle présente une oblitération aigue du membre inférieur droit, que nous n'adressons pas au chirurgien, vu l'état de la malade.

Elle décède après 33 jours d'hospitalisation.

Obs.n°65 + Mme M... 104 ans

Veuve depuis 21 ans, 2 enfants chez qui elle vit.

Hospitalisée il y a 2 jours pour chutes à répétition, et baisse de l'état général. Elle présente une cécité presque complète.

Elle arrive dans un état de confusion, avec agitation nocturne surtout (et somnolente dans la journée).

Mais elle a des périodes où elle semble plus lucide,

comme si elle refusait de communiquer à certains moments et à certaines personnes.

Elle fait encore quelques pas à son arrivée, avec beaucoup de difficultés.

Elle va rapidement se dégrader, présenter une phlébite du membre inférieur gauche, et décéder au 39 ème jour.

+ + Agricultrice, très volontaire, cette femme vit seule à la ferme jusqu'à l'âge de 97 ans, après quoi elle va vivre chez ses enfants pendant 7 ans pour venir mourir à l'hôpital, qui accélérera le mouvement. Car il s'agissait bien d'une attitude de refus et d'opposition qu'elle présentait.

Elle avait 104 ans, bien sûr

Obs.n°66: + Mme B... 88 ans

Veuve depuis 15 mois, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Vient directement de chez elle pour cirrhose éthylique décompensée (ascite).

Décès subit au cours d'une hématomèse 11 jours après.

Obs.n°67: + Mme M... 85 ans

Veuve depuis 6 ans, sans enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 10 jours pour hématurie.

Elle porte depuis 15 ans un anus iliaque gauche à la suite de l'ablation d'une tumeur rectale.

Elle ne présente pas de troubles mentaux, elle est obèse et recommence à faire quelques pas avec une aide; C'est à la suite de l'hospitalisation précédente qu'elle ne quitte plus le lit seule.

4 jours après elle est transférée en chirurgie pour une occlusion.

... décès 4 jours après l'intervention: il s'agissait d'une occlusion sur éventration.

+ + Un état grabataire qui a donc été provoqué par une hématurie, et surtout une hospitalisation. L'occlusion a conduit au décès.

Obs.n°68: + Mme F... 75 ans

Mariée,sans enfant, elle vit chez elle.

Hospitalisée il y a 150 jours pour myélome.

Elle conserve un bon état mental, mais est très dépressive (tentative de suicide 3 mois auparavant).

Elle décède au IIème jour dans un tableau de cachexie néoplasique.

Obs.n°69: + Mme C... 77 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit en résidence.

Hospitalisée il y a 20 jours pour fracture du col fémoral,traitée par prothèse intermédiaire.

Entre dans un état très précaire, avec encombrement broncho-pulmonaire,pyrétique,confuse.

Elle décède 3 jours après.

Obs.n°70: + Mme R... 83 ans

Veuve,sans enfant ,elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 27 jours pour crise hémi-corporelle attri-
-buée à un accident vasculaire cérébral.

Elle présente un état de démence (probablement mixte).

Elle est incontinente totale.

Les tentatives de remise à la marche se soldent par un échec. Levée tous les jours, elle reste facilement en fauteuil, mange seule et bien,elle n'a pas d'escarres.

Départ en hospice après un séjour de 57 jours "sans problèmes".

+ + Un état qui n'en finit pas d'être stationnaire...

Obs.n°71: + Mlle D...80 ans

Célibataire, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 15 jours pour fracture du col huméral.

Dans ses antécédents on note une fracture du col fémoral, il y a 2 ans.

A l'entrée, elle ne présente pas de troubles mentaux, mais elle est très dépressive,car elle veut rentrer chez elle.

Elle ne se lève pas seule, est très gênée dans la marche en raison de déformations rachidiennes importantes.

Elle réalise quelques progrès dans la marche, mais reste toujours très dépendante.

Elle est cependant acceptée dans une maison de retraite où elle se rendra 55 jours après.

+ + Donc, un traumatisme qui a rompu un équilibre très fragile, puisque se suffisant à elle même avant, elle devient dépendante ensuite.

Obs. n°72: + Mme F... 75 ans

Veuve depuis 2 ans, sans enfant, elle vit seule chez elle.

Dans les hopitaux depuis 5 mois, à la suite d'un polytraumatisme (fractures humérale, fémorale, du coude, des jambes).

Elle garde toute sa lucidité, mais elle est dans un état cachectique important, avec amyotrophies, rétractions: La rééducation a été un échec. Elle présente des escarres multiples.

Elle se rend en hospice 44 jours après son entrée, encore un peu plus amaigrie.

+ + Elle n'a évidemment fait aucun progrès pendant son séjour, car elle a atteint un état qui semble irréversible.

Au contraire, elle se dégrade davantage, car elle proteste vivement à la moindre mobilisation, et refuse d'être levée.

... Elle décèdera peu de temps après son entrée à l'hospice.

Obs. n°73: + Mme C... 72 ans

Veuve depuis 32 ans, 2 enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée depuis 75 jours pour cholecystectomie compliquée d'une septicémie avec arthrite de la hanche droite.

Elle porte un plâtre pelvi-dorso-pédieux.

Elle conserve un bon état mental.

Retransférée 51 jours après dans le service qui nous l'avait adressée pour reprise d'un syndrome infectieux.

+ + Cette femme ne peut pas être considérée véritablement comme grabataire, mais âgée, rendue totalement dépendante par une immobilisation plafrée, il existe une menace certaine.

Obs.n°74: + Mme D... 77 ans

Veuve, 2 enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée depuis 41 jours pour fracture de la jambe, elle a présenté au cours de ce séjour une hémiplégie droite massive avec aphasie.

Elle est obèse.

A l'entrée, elle arrive dans un état grabataire, avec escarres et infections pulmonaire et urinaire.

Après une discrète amélioration, elle décède 41 jours après, dans les suites d'un nouvel ictus cérébral.

+ + Un état grabataire qui semble donc inévitable, mais une dégradation, des escarres qui ne le sont pas.

Obs.n°75: + Mme M... 84 ans

Veuve, 1 enfant, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée depuis 43 jours pour état grabataire sans cause apparente.

On constate à l'entrée une hémiparésie droite un état confusionnel, avec désorientation, troubles de la mémoire. Elle ne présente pas d'escarres.

La reprise de la marche est un échec.

Alors qu'elle s'améliore tant sur le plan psychique, que physique, elle décède subitement au 20ème jour.

+ + Un état grabataire dont la cause exacte n'a pas pu être déterminée (état démentiel artériopathique?).

Obs.n°76; + Mme G... 86 ans

Hospitalisée depuis 19 jours pour hémiplégie gauche récidivante. (Premier accident il y a 1 an à la suite duquel elle était restée valide.)

Antécédents d'hypertension artérielle, diabète I, insuffisance rénale.

Elle est parfaitement consciente, et donc très déprimée.

Alors qu'elle ne fait aucune amélioration, elle présente une insuffisance rénale qui s'aggrave et conduit au décès 23 jours après son arrivée.

Obs.n°77: + Mlle V... 91 ans

Célibataire, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée depuis 12 jours à la suite d'une fracture du col fémoral, traitée par clou de Ender.

A son arrivée, elle est grabataire, avec escarres, attitudes vicieuses. Elle présente en outre une scoliose ma-
-jeure, et une cécité presque totale.

La marche demeurera impossible, mais cette femme conservant un bon état mental, ne se dégradera pas plus: Au contraire, elle mange seule et bien, les escarres vont disparaître.

Bien qu'elle soit pratiquement aveugle, elle va s'habituer au service, reconnaissant l'entourage aux voix.

Mais ne pouvant pas la garder, elle part en hospice après un séjour de 152 jours.

...Elle décèdera 11 jours après son transfert.

+ + Voici donc une malade qui présente un état grabataire uniquement moteur (cécité, scoliose, amyotrophies, et rétractions), qui va se stabiliser et même s'améliorer sur le plan de l'état général.

Vivant dans un monde très réduit en raison de sa cécité, elle en constitue des points de repères (voix du personnel, lit, fenêtre, etc...) qu'elle devra quitter parce qu'elle est dans un service de médecine: elle décèdera 11 jours après.

Obs.n°78: + Mlle D... 85 ans

Célibataire, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 11 jours à la suite d'une chute provoquant un traumatisme crânien et fractures de côtes et qui entraîneront des troubles mentaux.

A l'entrée, elle est donc confuse et agitée.

Les premières tentatives de reprise de la marche se soldent par un échec qui conduit à un certain abandon.

C'est en insistant la rééducation que l'on assiste à une certaine amélioration motrice, qui s'accompagne d'ailleurs d'une stabilisation et même une régression des troubles mentaux.

Elle est alors transférée en hospice 53 jours après son admission.

... 3 mois après elle s'y trouve toujours, valide.

+ + Ainsi, cette femme considérée comme grabataire à l'entrée, ce qui entraîne une certaine "démission", d'autant plus que les premières tentatives de rééducation sont un échec, va devenir valide.

Reprenant GRUMBACH exposant l'attitude à avoir face à l'état grabataire, il conclue:

" Il ne faut jamais se déclarer battu".

Obs.n°79:

+ Mme L... 76 ans

Veuve, sans enfant, elle vit à l'hospice depuis 6 ans.

Elle est hospitalisée depuis 3 mois à la suite d'une amputation de la cuisse pour gangrène chez une diabétique.

La malade nous est adressée par un centre de réadaptation, où elle y est restée 50 jours, se soldant par un échec.

Elle conserve un bon état mental, et alors que son état général s'améliore, elle présente une nouvelle plaie nécrotique du pied restant.

Elle est transférée en service de chirurgie, pour amputation de l'autre cuisse.

... Elle décèdera 2 mois après.

+ + Etat grabataire et décès, suite à une affection évolutive.

Obs.n°80:

+ Mme L... 82 ans

Veuve, 2 enfants, elle vit seule chez elle.

Hospitalisée il y a 4 mois pour chutes fréquentes, sans causes apparentes.

Depuis, elle ne remarchera plus, parcequ'elle se considère paralysée.

Elle présente à l'entrée quelques troubles mentaux mineurs qui vont d'ailleurs regresser.

Elle conserve un bon état général, mange seule et bien,

passé sa journée assise dans un fauteuil. Les troubles sphinctériens qu'elle présentait au début se sont également améliorés. Mais elle refuse toujours de reprendre la marche.

Elle le fera cependant de façon épisodique devant l'insistance de notre kinésithérapeute.

Elle part en hospice 119 jours après, considérée "grabataire améliorée".

...Toujours présente à l'hospice 3 mois après, elle marche avec l'aide d'un déambulateur.

++ Cette malade présente donc un état grabataire, à la suite de chutes, dont les circonstances restent indéterminées, suivies d'un refus catégorique de reprendre la marche. Il s'agit d'un véritable blocage psychique, qui commence à être levé à son départ, et qui semble avoir totalement disparu à l'hospice où elle se trouve actuellement, puisqu'elle remarche.

En somme,

parmi les 31 grabataires à l'entrée, et qui le restent à la sortie, on trouve, comme pathologie initiale:

= 21 causes invalidantes dont:

- 6 fractures du col fémoral, (Obs n°51,54,63,69,72,77).
- 1 traumatisme crânien + fracture du fémur. (Obs n°50)
- 1 immobilisation plâtrée (pelvi-dorso-pédieux) (Obs n°73)
- 6 accidents vasculaires cérébraux, avec atteintes déficitaires (Obs n°52,56,61,64,74,76).
- 3 atteintes artéritiques, dont 2 amputations (Obs n°55,57, et 79).
- 3 affections malignes terminales (Obs n°58,59,68)
- 1 cirrhose éthylique décompensée. (Obs n°66)

Chez ces 21 malades on note: (pathologie associée)
des troubles mentaux dans 13 cas, dont

- 9 états confusionnels
- 4 syndromes dépressifs.

= 10 causes non invalidantes dont:

- 1 traumatisme crânien: (Obs n°78)
- 1 fracture du col huméral: (Obs n°71)
- 3 chutes "simples" (Obs n°60,65, et 80)
- 2 états démentiels (Obs n°70 et 75)
- 2 insuffisances cardiaques: (Obs n°53, et 62)
- 1 hématurie (Obs n°67).

Chez ces 10 malades on note: (pathologie associée)
des troubles mentaux dans 6 cas , dont

- 5 états confusionnels (Obs n°53,62,65, 78,80).
- 1 syndrome dépressif (Obs n°71)

une obésité dans 3 cas (Obs n°60 ,62 et 67)

une cécité dans 1 cas (Obs n° 65)

des déformations rachidiennes importantes dans un cas (Obs n°71)

3°) SYNTHESE DE L'ETUDE DES 80 MALADES

+ Reprenant la classification des malades suivant la validité, nous considérerons 2 groupes:

- Groupe A: Les personnes ayant vu leur validité améliorée ou réster identique, pendant le séjour.

Un grabataire est considéré comme amélioré, s'il ne l'est plus, c'est à dire s'il retrouve une autonomie physique.

- Groupe B: Les malades ayant vu l ur validité diminuer.

+ Ainsi retrouve-t-on dans chaque groupe:

<u>GROUPE A</u>		<u>GROUPE B</u>
16 valides qui le restent (Obs n°1 à 16)	:	2 valides qui deviennent semi-valides (Obs n°17 et 18)
2 semi-valides, identiques (Obs n° 23 et 24)	:	4 valides devenus grabataires (Obs n°19 à 22)
9 semi-valides, améliorés (Obs n° 25 à 33)	:	6 semi-valides aggravés (Obs n°34 à 39)
4 semi-valides devenus valides (Obs n° 40 à 43)	:	5 semi-valides devenus grabataires (Obs n°44 à 48)
1 grabataire devenu semi-valide (Obs n°49)	:	31 grabataires qui le restent (Obs n°50 à 80)
—	:	—
32	:	48

+ La pathologie sera envisagée de la façon suivante:

a) La pathologie initiale qui provoque l'hospitalisation, et la perte de l'autonomie. Il s'agit parfois de 2 pathologies différentes, on considèrera alors celle qui déclenche la perte de l'autonomie.

On séparera schématiquement ces affections en 2 groupes:

- Le groupe des affections invalidantes ou évolutives.
- Le groupe des affections non invalidantes ou réversibles.

b) La pathologie associée, avant ou pendant le séjour.

+ La pathologie associée se répartit
pour chacun des groupes de la façon suivante :

PATHOLOGIE INITIALE PATHOLOGIE ASSOCIEE	PATHOLOGIE INVALIDANTE OU EVOLUTIVE		PATHOLOGIE NON INVALIDANTE	
	GROUPE A 7	GROUPE B 30	GROUPE A 25	GROUPE B 18
<u>TROUBLES MENTAUX</u> dont :	4	25	12	14
Etats démentiels	0	2	2	3
Etats confusionnels	1	15	2	4
Etat dépressifs	3	8	8	7
<u>PAS DE TROUBLES MENTAUX</u> (dégénératifs et lésionnels).	6	13	21	11
<u>OBESITE</u>	1	2	5	2
<u>AFFECTIONS OSTEO- ARTICULAIRES</u>	0	3	3	2
<u>CECITE</u>		1	0	2
<u>SURDITE</u>		1	1	
<u>D'ABETE</u>	1	2	2	2

TABLEAU 19 - Répartition des 80 malades
suivant les modifications de leur autonomie
et de la pathologie présentée.

+ Ainsi parmi cette population de
30 femmes âgées :

a) La pathologie initiale est constituée :

= 37 fois par une affection invalidante, transitoire ou définitive,
ou une affection évolutive souvent terminale.

- 7 sont améliorées : ils s'agit essentiellement de la
pathologie traumatique, entraînant des pertes de validité transitoires.

- 30 ont donc perdu toute ou une partie de leur autonomie,
puisque parmi ceux-ci, 26 sont grabataires.

= 43 fois un peu plus de la moitié des cas présentent des affectations
"bénignes", n'atteignant pas directement la fonction motrice. C'est pourquoi
on constate que :

- 24 conservent ou retrouvent une meilleure validité
mais

- 19 la perdent, dont 14 d'une façon totale puisqu'elles
sont grabataires.

b) La pathologie associée est marquée par :

= La grande fréquence des troubles mentaux, qui sont constitués par :

- Des états dépressifs (26 au total, soit 1/3 des personnes).
Ils sont aussi fréquents dans le groupe A (35 % que dans le groupe B (31 %).

- Des états confusionnels (22 au total, soit près de 27 %
de la population), et qui sont souvent secondaires à la pathologie initiale.
On les trouve plus dans le groupe B (39 %) que dans le groupe A (10 %).

- Les états démentiels (7 au total) sont donc relativement peu
nombreux. Mais un certain nombre de confusions mentales constituent vraisem-
blablement le mode d'entrée dans la démence.

Il apparait ainsi que les états confusionnels sont
souvent liés à une pathologie sévère, puisqu'on les trouve essentiellement
dans le groupe des pathologies invalidantes ou évolutives.

Les états dépressifs sont surtout retrouvés chez des
malades aux fonctions mentales conservées, et sont liés en grande partie à
l'hospitalisation, et à la séparation du milieu habituel.

= L'obésité est retrouvée 10 fois dans cette série, dans les mêmes proportions dans chacun des 2 groupes.

Elle a constitué la principale cause favorisante de l'état grabataire chez 2 malades (Obs n°60 et 67), et de son aggravation chez 2 autres (Obs n°56 et 74).

= La pathologie ostéo-articulaire est observée chez 8 de nos malades, 5 fois dans le groupe B, 3 fois dans le groupe A.

C'est ainsi que 2 états grabataires (Obs. n°71 et 77) sont en partie favorisés par des déformations rachidiennes importantes.

= Les troubles sensoriels sont représentés par:

- 3 cas de cécité dans le groupe B. Deux états grabataires sont en partie liés à cette affection (Obs n°65 et 77).

- 2 cas de surdité.

= Le diabète est observé dans 7 cas.

Par ses complications il est responsable de "grabatisation" chez 2 malades:

- Une amputation après gangrène distale (Obs. n°79)
- Des accidents hyperglycémiques et hypoglycémiques (Obs n°50)

+ Il apparaît ainsi que la perte de l'autonomie et l'état grabataire qui en résultent souvent, sont la conséquence d'une pathologie sévère et multiple, à laquelle sont fréquemment associés des troubles liés à la transplantation, ainsi que l'insuffisance de moyens permettant d'éviter cet état.

4°) ETUDE DE LA CONSOMMATION MEDICALE EN FONCTION DE LA VALIDITE

A- PRESENTATION DE L'ETUDE

Cette étude a pour but de montrer les variations qu'il existe entre personnes valides et invalides, concernant :

- Les examens paracliniques,
- La consommation médicamenteuse.

Les 80 malades sont divisés en 2 groupes :

Groupe I : 40 malades valides et semi-valides

Groupe II : 40 malades grabataires.

Il s'agit de la validité à la sortie, telle qu'elle a été définie dans l'étude cas par cas.

La similitude numérique des deux groupes n'est que pure coïncidence, les 80 malades considérés étant tous sortis, et donc pris au hasard.

B- LES EXAMENS PARACLINIQUES

+ La plupart des malades venant déjà d'un autre service hospitalier, ont un bilan systématique à l'entrée ne comprenant que :

- Un hémogramme, un ionogramme sanguin plus créatininémie.
- Un électrocardiogramme.
- Une radiographie pulmonaire (si l'état du malade le permet).

+ Ainsi le bilan minimum est évalué :

- Pour la biologie, à B IO8 par malade.
- Pour la radiologie, à Z IO par malade.

+ La consommation des 2 groupes est la suivante:

	<u>GROUPE I</u>	<u>GROUPE II</u>	<u>ENSEMBLE DE L'ANNEE</u> <u>1976.</u>
<u>NOMBRE TOTAL DE "B"</u>	10 106	19 333	133 638
dont:			
Hémogramme	2 060	2 970	
Ionogramme sanguin	4 656	<u>10 268</u>	
Bactériologie	1 150	3 180	
<u>NOMBRE DE "B" PAR</u> <u>MALADE</u>	<u>254</u>	<u>483</u>	294
<u>NOMBRE TOTAL DE "Z"</u>	455	260	7 736
<u>NOMBRE DE "Z" PAR</u> <u>MALADE</u>	11,5	6,5	17

+ Ainsi on constate:

- Que les personnes grabataires ont une consommation en examens biologiques 2 fois supérieure environ à celles qui sont valides ou semi-valides.

- Cette différence est due essentiellement à un nombre de ionogrammes sanguins beaucoup plus important, représentant 50% de la consommation. Ceci reflète donc la fréquence des troubles métaboliques et de leur surveillance, chez la personne grabataire.

- Il faut noter également le nombre plus élevé d'examens bactériologiques chez les grabataires, constitués surtout par des bactériologies urinaires.

- Le nombre d'actes de radiologie, est par contre 2 fois moins élevé chez les invalides. On a constaté pourtant que ces personnes présentent plus souvent des atteintes pulmonaires; L'hôpital dispose d'un service de radiologie, mais d'accès difficile, le rendant donc inutilisable pour cette catégorie de malades.

C- LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

+ Pour chacune des principales classes pharmaceutiques nous avons pris en considération le nombre de journées de prescription.

Si 2 spécialités appartiennent à la même classe pharmaceutique, et si elles sont prescrites simultanément, leur nombre de journées d'utilisation sera additionné.

+ On définira ainsi le taux de consommation comme le rapport entre:

$$\frac{\text{Le nombre de journées de prescription}}{\text{Le nombre de journées d'hospitalisation total}}$$

pour chacun des 2 groupe.

+ Ainsi la consommation globale pour chaque groupe est la suivante:

	Nombre de journées de prescription	Nombre de journées d'hospitalisation	<u>TAUX DE CONSOMMATION</u>
GROUPE I	3371	1867	1,8
GROUPE II	3319	1970	1,7

+ Il apparait donc que les personnes valides et semi-valides d'une part, et les personnes grabataires d'autre part ont, toutes spécialités confondues, la même consommation..

Nous allons envisager à présent, s'il existe entre les 2 catégories de malades, des différences dans la consommation de chaque classe pharmaceutique.

+La répartition par groupe de spécialités ,et leur taux de consommation ,pour chacune des deux populations sont les suivant:

GROUPES DE SPECIALITES	GROUPE I		GROUPE II	
	Journées de prescription	TAUX DE CONSOMMATION	Journées de prescription	TAUX DE CONSOMMATION
<u>Anabolisants, vitamines etc...</u>	220	6,5%	319	9,5%
<u>Antalgiques</u>	140	4 %	97	3 %
<u>Antibiotiques</u> (+sulfamides et anti-septiques intestinaux)	240	7 %	456	14 %
<u>Anti-diarrhéiques</u> symptomatiques	36	1 %	47	1,5%
<u>Anti-inflammatoires</u> (+ aspirine, sauf corticoïdes)	63	2 %	20	0,5%
<u>Anti-parkinsonniens</u>	110	3 %	30	1 %
<u>Antiseptiques urinaires</u>	32	1 %	166	5 %
<u>Corticoïdes</u> (+ ACTH)	28	1 %	100	3 %
<u>Dérivés nitrés et autres "anti-angineux"</u>	1340	10 %	90	3 %
<u>Diurétiques</u>	324	9,5%	358	11 %
<u>Psychotropes</u> dont:	710	21 %	429	12,5%
(<u>Anti-dépresseurs</u>	174	(5 %)	194	(6 %)
(<u>Neuroleptiques</u>	66	(2 %)	111	(3 %)
(<u>Tranquillisants</u>	86	(2,5%)	83	(2,5%)
(<u>Hypnotiques</u>	384	(11,5%)	41	(1 %)
<u>Tonicardiaques</u>	394	11,5%	249	7,5%
<u>"Vasodilatateurs"</u>	702	21 %	768	23 %
<u>Réhydratation parentérale</u>	10	/	187	5,5%

98,5%

100 %

+ On constate donc que :

- Quelque soit la catégorie de malades, les "vasodilatateurs" sont les produits les plus utilisés. (20%).

- Les personnes valides et semi-valides consomment beaucoup plus de thérapeutiques à visée cardiaque (tonicardiaques et "anti-angineux"), ainsi que des psychotropes . Ces derniers sont surtout représentés par les hypnotiques (certainement sous-estimés) .

-Les personnes grabataires consomment plus d'antibiotiques, et d'antiseptiques urinaires (19% de la consommation totale).

Il s'agit actuellement d'antibiotiques surtout, la consommation d'antiseptiques ayant diminué de plus de 70% en 2 ans (suppression de la prescription systématique).

Les anabolisants sont également un peu plus utilisés chez les grabataires (9,5% contre 6,5% dans l'autre groupe).

Le taux plus important de diurétiques s'explique en partie, par la présence de malades ayant présenté une ascite : Le cas n°20 notamment, ascite néoplasique qui a nécessité une diurétisation au long cours et multiple.

Enfin, la réhydratation parentérale est beaucoup plus fréquente chez les personnes invalides (5,5% de la consommation, négligeable dans le groupe des valides et semi-valides).

5°) CONCLUSIONS DE L'ETUDE PORTANT SUR UNE POPULATION
DE 80 FEMMES AGEES.

+ Ainsi cette étude nous a permis d'observer dans quelles conditions, et dans quel état de validité, les malades entrent dans le service, et en ressortent.

A l'entrée, elles sont:

- 22 à être valides
- 26 à être semi-valides
- 32 à être grabataires.

A la sortie,

elles ne sont que:

- 20 à être valides
- 20 à être semi-valides

alors que:

- 40 sont grabataires.

Donc:

- = 32 ont conservé la même validité ou se sont améliorées.
- = 48 sont moins valides qu'à l'entrée, ou sont grabataires.

+ Il s'agit d'une pathologie souvent sévère, invalidante ou évolutive dans 37 cas, puisque l'on trouve parmi ceux-ci:

- 9 fractures du col fémoral évoluant 7 fois vers l'état grabataire
- II accidents vasculaires cérébraux, 10 deviennent grabataires
- 6 affections malignes terminales, 5 sont grabataires
- 4 complications artérielles dont 3 sont grabataires.

+ La pathologie initiale, est moins sévère dans 43 cas, mais elle décompense souvent un équilibre très fragile lié à une pathologie multiple dont les troubles mentaux sont les plus fréquents.

+ Les transferts encore trop souvent multiples, l'hospitalisation, et l'insuffisance de moyens nécessaires à une réadaptation (rééducation, animation etc...) aggravent une situation déjà bien sombre. Les récupérations motrices et même psychiques constatées parfois d'une façon inespérée doivent nous encourager à agir.

+ Au total, sur les 80 personnes,

- 32 personnes décèdent dans le service

- 24 sont placées en hospice ou en maison de retraite, souvent après une pathologie mineure, qui a déclenché de façon brutale la séparation avec le milieu habituel.

VI - LA PERSONNE AGEE GRABATAIRE ET SON ENTOURAGE.

Seront abordés dans ce chapitre :

- L'entourage social et les problèmes économiques.
- L'entourage familial.
- Le grabataire âgé en institution : le rôle fondamental du personnel soignant.

I°) Les aspects sociaux économiques.

+ Comme il a été rappelé dans le premier chapitre, le nombre croissant de grabataires âgés pose avec acuité le problème de l'hébergement, dont on s'accorde à constater la carence actuelle, malgré les difficultés d'un dénombrement précis. Ceci est l'aspect quantitatif : il nécessite un financement important.

Trois points méritent d'être soulignés :

a) Les maisons de retraites dont on sait qu'elles sont en nombre suffisant, n'acceptant que des personnes valides, et connaissent des difficultés lorsque leurs pensionnaires deviennent invalides ou nécessitent des soins médicaux ne justifiant pas une hospitalisation.

b) Un grand nombre d'établissements et d'hospices doivent être, en raison de leur vétusté, supprimés ou rénovés. Lorsque ceci est fait, on constate fréquemment, un refus d'admettre des personnes ayant perdu leur autonomie psychique ou physique : Dans les locaux neufs des gens "biens", dans des locaux vétustes des grabataires...

c) Les problèmes posés par l'hébergement doivent faire mentionner également l'importance qu'est appelée à prendre l'hospitalisation à domicile, dans les solutions à adopter.

+ Enfin, il faut considérer l'aspect qualitatif, qui a été dégagé dans ce travail.

- La qualité des soins nécessite certes un personnel suffisant, mais surtout un personnel motivé, formé, et qualifié. Ce dernier point est fondamental, il sera développé ultérieurement.

- Tout est une question de financement, mais certains contrastes sont particulièrement préoccupants, ainsi, la plupart de nos malades viennent de centres hospitaliers où ont été mis en oeuvre, les moyens les plus élaborés de la médecine ou de la chirurgie. Ils sont transférés ensuite dans des établissements dont les prix de journées sont de 8 à 10 fois inférieurs.

Il ne s'agit pas de transformer tous ces établissements en centres de réadaptation hautement spécialisés. Mais le contraste est trop grand.

Des moyens progressifs et modestes, ne permettraient-ils pas d'améliorer de plus en plus de personnes, évitant ainsi une "grabatisation" qui coûte chère.

2°) L'entourage familial de la personne grabataire

On peut hématiser 2 attitudes de la famille, avec, certes des nuances :

A) Le rejet et l'abandon.

Cette attitude extrême, il faut le dire est rare. Par contre on constate fréquemment des personnes âgées, vivant seules, sans famille, surtout en milieu urbain.

En fait, l'attitude de rejet est souvent beaucoup plus nuancée. Il traduit toutes les difficultés de la prise en charge de la personne âgée par sa famille. Ce sont souvent des personnes qui vivaient chez leurs enfants ou seules à proximité, présentant déjà quelques problèmes de dépendance mineurs lorsqu'est survenue l'affectation entraînant la perte de l'autonomie.

L'attitude de la famille se traduit alors par une certaine ambivalence, entre d'une part le soulagement, et d'autre part le refus du placement en hospice ou maison de retraite si l'état le permet. L'état grabataire, la nécessité de soins médicaux et infirmiers constituent une justification et peuvent réaliser un compromis entre ces deux sentiments.

B) L'hyperprotection.

Cette attitude comportant un certain maternage est considérée comme cause favorisante de la dépendance de la personne âgée, par le manque d'intérêt et de stimulation qu'elle apporte.

Mais n'est-elle pas surestimée ?

Cette attitude, marque d'affection, entraîne parfois des conflits avec le personnel soignant, qui d'ailleurs s'estompent au cours du séjour. C'est seulement une attitude réactionnelle, telle la mère qui laisse son enfant.

Parfois d'ailleurs, la réaction est brutale, se traduisant par la reprise immédiate de la personne âgée, dès son arrivée. Ceci s'explique également par un transfert souvent rapide, éloigné, et par un contraste entre les locaux différents des divers établissements. La malade, le plus souvent, ne comprend rien, repart avec les siens, pour être réhospitalisée.

Situations dramatiques, qui auraient pû être évitées si les contacts préalables avaient été établis.

Pour clore ce bref aperçu sur quelques attitudes des familles, on peut constater que toutes les difficultés de relation entre, familles, personnes âgées, et personnel, peuvent et sont souvent améliorées par des contacts entre tous.

Nous nous efforçons de les améliorer et de les rendre plus fréquents. Il faudrait les systématiser et les organiser.

3°) L'entourage institutionnel du grabataire.

Comme on le sait, le personnel soignant, au sens large du terme, a un rôle prédominant dans la prévention et les soins de l'état grabataire.

Nous considèrerons successivement, les aspects quantitatifs et qualificatifs.

A. L'ASPECT quantitatif.

+ La pénurie en personnel est bien connue, et tout particulièrement dans les établissements pour personnes âgées. Il n'est qu'à rappeler le rapport personnel-nombre de lits qui était en 1976 :

- 1 agent pour 2 lits dans le secteur hospitalier public.
- 1 agent pour 8 lits environ pour les hospices et maisons de retraite.

+ Il est bien établi actuellement que le temps consacré aux personnes grabataires est d'environ 4 H 30 au minimum par jour et par malade : (3 H à 6 H 30 selon les auteurs). Il ne tient pas compte de la réadaptation proprement dite.

Ce temps se répartit de la façon suivante :

(de 6 H à 22 H)

- <u>1° Change</u> + toilette + Lever		
soins ou prévention d'escarres	35 mn X 2 personnes	= 70 mn
<u>Petit déjeuner</u>	15 mn X 1 personne	= 15 mn
- <u>2° Change</u>	15 mn X 2 personnes	= 30 mn
<u>Repas de midi</u>	40 mn X 1 personne	= 40 mn
- <u>3° Change</u> + coucher du malade	15 mn X 2 personnes	= 30 mn
<u>Repas du soir</u>	40 mn X 1 personne	= 40 mn
- <u>4° Change</u>	15 mn X 2 personnes	= 30 mn
Nettoyage des salles	15 mn X 1 personne	= 15 mn

		270 mn
		soit (4 H 30).

Soit un temps 2 à 3 fois supérieur à celui nécessaire pour une personne valide ou semi-valide. Le critère validité ne suffit pas à lui seul de déterminer un temps d'occupation : en effet, une personne valide, mais démente et incontinente, nécessitera beaucoup plus de temps.

+ Ainsi, si l'on considère ce service, qui comprend 45 malades répartis, en moyenne de la façon suivante :

- 17 grabataires	x 4 H 30	=	76 H 30
- 13 semi-valides	x 2 H	=	26 H
- 15 valides	x 1 H	=	15 H

			117 H 30

On constate que les grabataires (38 %) occupent 2/3 environ du temps.

L'effectif actuel comprend :

- 1 Surveillante
- 5 Infirmiers dont 1 à 3/4 temps et 1 de nuit
- 8 Aides-soignantes (dont 2 veilleuses de nuit)
- 9 Agents hospitaliers.

Soit de 6 H à 22 H

compte tenu des congés	:	3 Infirmiers	=	21 H
"	:	4 Aides-soignantes	=	32 H
"	:	6 A.S.H.	=	48 H

				101 H

L'effectif du personnel soignant est à peu près suffisant pour assurer le "minimum". Nous reviendrons sur sa qualification. Mais il faut souligner, qu'il assure en partie, lorsque celà lui est possible, la rééducation du lever et de la marche des malades.

En effet le personnel spécialisé dans la réadaptation est très insuffisant, puisque 2 kinesithérapeutes à temps partiel pour l'ensemble des services de médecine, assurent dans ce service 3 Heures de rééducation par jour.

Il n'y a pas d'ergothérapeute.

Il n'y a pas d'assistante sociale.

L'effectif n'a pratiquement pas évolué sur le plan quantitatif depuis 6 ANS (on a vu comment le service a évolué). Une Kinésithérapeute supplémentaire depuis 1 an est un leurre puisque son arrivée correspond à l'ouverture de 16 lits, équipés d'une salle de rééducation, dont 16 malades seulement en bénéficient. Le service de Médecine gériatrique, a eu ainsi 1 heure de kinésithérapie en plus.

B. L'ASPECT qualitatif.

Nous avons vu quelle était la répartition des différentes catégories de personnel avec l'évolution suivant depuis 7 ans :

- Un nombre identique d'infirmières, qui reste insuffisant, puisqu'elles ne peuvent assurer que 45 mn par grabataire (au lieu de 1 H 30). C'est la catégorie de personnel le plus mobile.

- Les aides-soignantes consacrent le plus de temps au contact direct des malades (2 H théoriques). Leur nombre a légèrement augmenté (+ 2), il y en a plus en formation depuis quelques années. Moins mobile que le personnel infirmier, on constate néanmoins des départs fréquents, après leur formation notamment. Depuis 1 an les nuits sont assurées par des aides-soignantes.

- Les agents des services hospitaliers forment la catégorie du personnel la plus nombreuse, et consacrent ainsi une grande partie de leur temps auprès des grabataires. Il faut souhaiter que le nombre croissant de formations en aide-soignante se poursuive.

En somme ce personnel qui est encore insuffisant, est mieux formé qu'auparavant, mais reste encore mobile. Plus ou moins que dans d'autres services hospitaliers.

S'occuper de personnes âgées n'entraîne-t-il pas une certaine usure ? Qu'elles en sont les motivations ? Faut-il une formation gériatrique ?

++ Formation et motivations du personnel soignant

- Au cours de ce travail des réunions concernant les malades, et les problèmes des personnes âgées en général, ont pu être réalisées.

- Afin de mieux cerner les motivations qui conduisent à s'occuper de personnes âgées, nous avons pratiqué un questionnaire abordant ces problèmes. Des commentaires écrits ont souvent complétés les réponses suggérées, parfois trop "étroites".

- Les "résultats" globaux sont les suivants:

= La moitié du personnel occupe ce poste, par convenance géographique.
(Cet hôpital a une situation intermédiaire entre le milieu urbain et le milieu rural).

= 1/3 du personnel est entièrement satisfait de s'occuper de personnes âgées. (à choisir entre les enfants, et les adultes).

1/5, ne le sont pas.

= Le personnel, dans sa presque totalité, préfère la mixité dans un service hospitalier.

= A la question de savoir pourquoi est-il plus difficile de s'occuper de personnes âgées:

- La moitié, ont répondu, "en raison de la non amélioration fréquente de leur état".

- L'autre moitié environ, "en raison de leurs troubles mentaux fréquents, et de leur caractère."

- 2 personnes seulement ont répondu : "en raison du nursing"

= La moitié du personnel pense qu'une personne âgée doit rester, et être soignée à domicile, si cela est possible.

L'autre, pense que ces personnes doivent être hospitalisées.

"
= A la question: L'état grabataire est-il un état:

- inévitable précédant la mort - aucune réponse

- parfois évitable si des mesures appropriées sont prises à temps " - unanimité des réponses

= Afin de savoir quelle attitude adopter lorsqu'une personne âgée se laisse mourir:

- 1 personne a répondu, qu'il faut: "agir selon sa volonté"
- Plus de la moitié pensent qu'il faut: "Intervenir, sans trop insister"
- + La moitié environ, ont répondu qu'il faut:
"réagir vivement, en espérant qu'il s'agit
d'un mauvais "cap" à passer".

... Cette question a suscité de nombreux commentaires, montrant qu'il est pas simple de répondre ainsi globalement: Chaque cas étant particulier.

= Enfin, à la question de savoir si les soins actuels sont suffisants la réponse unanime, est - Non, sachant de savoir po:

- Presque la totalité du personnel pense qu'il s'agit:
"d'un manque d'activités des malades"
- Plus de la moitié, estiment que:
"Le temps consacré aux soins quotidiens est insuffisant"

... En fait, un certain nombre de personnes ont répondu simultanément aux 2 questions.

+ Ainsi il se dégage de ce "sondage":

Pour éviter "l'usure" dont on parle parfois à propos du personnel soignant qui s'occupe de personnes âgées, il faut intéresser ce personnel à ce problème. Pour ceci, il faut d'abord s'intéresser aux personnes âgées.

Il apparaît bien d'ailleurs, que si l'insuffisance de moyens porte sur les soins quotidiens, la rééducation, et les activités des malades, ce dernier fait est profondément ressenti.

C'est le problème de l'animation, en milieu hospitalier, des personnes âgées: Reprenant ALLA(2I) sur ce sujet: "L'animation est un état d'esprit qu'il faut prendre, l'animation se vit".

V- C O N C L U S I O N S

1. Le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées devenant dépendantes, posent un problème d'herbergement. L'encombrement qui en résulte dans un grand nombre d'établissements, dont l'insuffisance en personnel et en moyens sont fréquents, entraîne un risque accru de "grabatisation".

2. Pour en rendre compte, nous avons repris l'évolution depuis 1965 de la population du service de Médecine Femmes de L'Hôpital-Hospice de Trévoux.

Cette analyse portant sur 2612 dossiers, nous a permis de dégager de sensibles transformations. Ainsi, pour chaque catégorie de personnes, suivant leur validité, leur proportion est passée de 1965 à 1976

- de 55 à 30 % pour les valides
- de 30 à 40 % pour les semi-valides
- de 15 à 30 % pour les grabataires.

Dans le même temps la mortalité est passée de 12 à 35 %.

3. L'étude des motifs d'hospitalisation nous a permis de constater au cours de cette période une augmentation des pathologies traumatiques (16 à 27 %), cérébrales aiguës (6 à 11 %), et des affectations neurologiques chroniques et mentales (10 à 12 %). Par contre les causes cardiaques, pulmonaires et néoplastiques sont moins fréquentes. Les séjours pour convalescence post-opératoire ont également diminués (de 7 à 1 %).

Pour chacune de ces pathologies d'entrée, nous avons déterminé dans quelle proportion elles aboutissent à l'état grabataire :

Dans 71 % des cas pour les affectations cérébrales aiguës.

60 % pour les atteintes artéritiques, peu nombreuses en fait,
ce sont dans la plupart des cas des amputations.

50 % dans les affectations néoplasiques, souvent terminales.

40 % des cas, pour les affectations cardiaques, pulmonaires,

neurologiques chroniques et mentales.

La pathologie traumatique entraîne une morbidité différente suivant qu'il s'agit de fractures du col fémoral (41 % de grabataires en 1975 - 76) ou d'autres traumatismes (26 % dans le même temps). On constate pour les fractures du col fémoral de meilleurs résultats après traitements chirurgicaux permettant l'appui immédiat.

4. Mais cette étude globale ne prenant en compte que la pathologie initiale, nous avons analysé 80 dossiers de malades sortants, cas par cas, afin de préciser les conditions qui aboutissent à l'état grabataire.

Il apparaît ainsi qu'à une affection initiale, plus ou moins sévère, qui a motivé l'admission, s'associe fréquemment une pathologie multiple dont les troubles mentaux sont les plus fréquents (états démentiels, syndromes confusionnels ou dépressifs réactionnels).

Enfin facteur constant, l'insuffisance des moyens de réadaptation.

5. Cette réadaptation exige schématiquement, en effet, deux sortes de mesures : Les unes matérielles, nécessitant des moyens financiers importants (locaux, matériel, personnel).

Les autres portant sur les comportements, et la connaissance des personnes âgées, ce qui nécessite donc une formation gériatrique au cours des études médicales, paramédicales et administratives.

C'est ainsi que l'on a pu constater des améliorations à partir du moment où une équipe soignante a eu conscience qu'un vieillard abandonné est voué à l'état grabataire. Ces efforts doivent être poursuivis et encouragés par des mesures constantes, progressives et donc possibles (conditions de travail, rééducation plus intensive, animation) si l'on veut éviter cette dégradation dont un grand nombre de personnes âgées sont atteintes.

Il ne s'agit pas de vouloir transformer tous ces établissements en centres de réadaptations spécialisés, mais entre les deux il y a certainement un écart que l'on peut réduire, si, à tous les niveaux on en a la volonté, afin qu'au nombre de grabataires déjà existant, ne viennent s'ajouter ceux que l'on crée par négligence ou carence de moyens.

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE

PR. B. SALLE

Le Président de la Thèse

PR. J.J. VIALA

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 13 JUIN 1977

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

PR. D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

- I - ASIEL. M.
L'ergothérapie .
Gérontologie. 1972, 6, 33-36.
- 2 - BARRE. C.
Les infections chez les grabataires.
Rev.Franç. de Gerontologie. 1968, 6.
- 3 - BECK.H.
Modifications des fonctions liées à l'état grabataire
Rev.Franç. de Gerontologie. 1968, 6, 289-297.
- 4 - BERTHAUX. P.
Les causes de l'état grabataire.
Rev.Franç. de Gerontologie. 1968, 6, 283-285
- 5 - BOUR.H.
Les troubles nutritionnels de l'état grabataire.
Rev.Franç. de Gérontologie. 1968, 6, 299-303.
- 6 - BOURLIERE. F.
Progrès en Gérontologie.
Flamarion
- 7 - BOURLIERE. F.
Sénescence et sénilité.
INED.
- 8 - BOUTOU.
Problèmes spécifiques d'un établissement spécialisé pour
les invalides.
Information URIOPSS. 1968.
- 9 - CHAPUY. P.
Initiation à la Gérontologie.
Ed, Simep. Lyon.
- IO - COLLOQUE sur les personnes âgées grabataires.
Centre International de Gérontologie Sociale. PARIS,1973.
- II - CUNY. G.
L'animation des personnes âgées:sa raison d'être,sa valeur.

I2 - CUNY. G. et TENETTE. M.

Rééducation et ergothérapie, psychothérapie, rôle de l'entourage dans l'état grabataire.

Rev. Franç. de Gériologie. 1968, 6, 315-318.

I3 - GENESTE. R.

Traitement des fractures trochantériennes.

La Rev. du Prat. 1976, XXVI, 21, 1559-1571.

I4 - GRUMBACH. D.

Le syndrome d'immobilisation du vieillard.

Nouv. Pres. méd. 1973, 30, 1989.

I5 - HP. von HAHN

Gériatrie pratique.

Ed. Karger.

I6 - JUNOD. JP. et MARTIN. E.

Précis de Gériatrie

Ed. Masson.

I7 - MONOD-BROCA. Ph.

L'apport de la Gériologie à la prévention et à la réadaptation.
Fractures de l'extrémité supérieure du fémur;

La Rev. du Prat. 1976, XXVI, 21, 1575-1579.

I8 - RAMOND. Y.

Le grabataire âgé.

Thèse Médecine. 1969, GRENOBLE.

I9 - SAUVY. A.

Le vieillissement de la population et l'allongement de la vie.
Population. 1954, 675-682.

20 - HUGONOT. R.

La montée des grabataires .

Gériologie. 1971, 5, 18-21.

21 - SOCIETE de GERONTOLOGIE de BORDEAUX et du SUD-OUEST.

Solutions pratiques aux problèmes de placement et d'assistance des dépendants totaux âgés.

C.L.E.I.R.P.P.A. Avril 1976.

22 - TENETTE. M.

La kinésithérapie du 3ème âge.

Gériologie. 1972, 6, 29-32.

23 - TENETTE.M. , CUNY.G. ,PENIN.F.

Modalités, résultats de la rééducation et de la réadaptation
des personnes âgées.

La Rev.du Prat. 1972, XXII, 2, 201-210.

24 - VIGNAT.

Le vieillard, l'hospice, et la mort.

Ed Masson et cie. 1970

25 - VIGNALOU.J. et BOIFFIN.A.

La prévention des phlébo-thromboses chez les personnes âgées
grabataires est-elle possible?

La Rev.du Prat. 1973, XXIII, 60-61, 5453-5457.

